



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-ge...



11

12

13

14

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

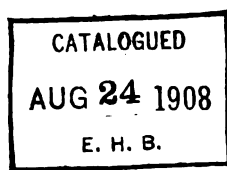
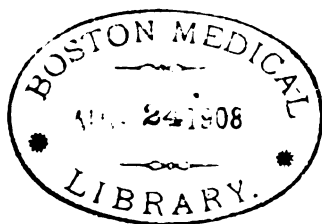
UNTER DER MITREDAKTION VON
BONHOEFFER **CRAMER** **v. GRASHEY** **KREUSER** **PELMAN** **SCHÜLE**
BRESLAU **GÖTTINGEN** **MÜNCHEN** **WINNENTAL** **BONN** **ILLENAU**

DURCH
HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

DREIUNDSECHZIGSTER BAND
NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1905
REDIGIERT VON
F. SCHUCHARDT.



BERLIN
W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1906



10669

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Seite

Über den Glauben an die Besessenheit. Von Dr. <i>Albert Behr</i> , zurzeit Arzt in Riga.....	5
Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins. Von Dr. <i>Fritz Ast</i> , Assistenzarzt in München-Eglfing.....	41
Zur Pathologie der progressiven Paralyse. Von Dr. <i>Hugo Lukács</i> , Assistent in Kolozsvár.....	59
Zur Lehre von den kombinierten Psychosen. Von Dr. <i>Erwin Stransky</i> , klinischem Assistenten in Wien.....	73
Moralischer Schwachsinn. Von Dr. <i>Heinrich Schaefer</i> , Oberarzt a. D. der Hamburger Irrenanstalt Friedrichsberg.....	95
Der Kaß bei Geisteskranken. Von Medizinalrat Dr. <i>P. Nücke</i> , Hubertusburg	106

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

7. Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen am 20. Oktober 1905 im St. Jürgen-Asyl, Ellen bei Bremen.	
I. <i>Nonne</i> -Hamburg: 1. Demonstration zur Lehre von den familiären parasyphilitischen Erkrankungen.....	128
2. Demonstration eines Skeletts von Osteoarthritis ankylopoetica ...	129
II. <i>Siemerling</i> -Kiel: Simulation und Geisteskrankheit bei Untersuchungsgefangenen.....	129
III. <i>Dräseke</i> -Hamburg: Zur vergleichenden Rückenmarksanatomie.....	136
36. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 4. und 5. November 1905 in Karlsruhe.	
I. Sitzung am 4. November.	
<i>Bunke</i> -Freiburg: Die psychischen Zwangserscheinungen.....	138
<i>Rosenfeld</i> -Straßburg: Die klinische Bedeutung der Zwangsvorgänge ...	143
<i>Haberkant</i> -Stephansfeld: Osteomalacie und Psychose.....	148
<i>M. Friedmann</i> -Mannheim: Über einen Fall von Exhibitionismus (und über nicht-epileptisches „petit mal“).....	149
<i>K. Pferdorff</i> -Straßburg: Über Rededrang bei Denkhemmung. Drei Fälle von Mischzustand des manisch-depressiven Irreseins.....	151

II. Sitzung am 5. November.

<i>L. Merzbacher-Heidelberg</i> : Die Neurofibrillen im Lichte der neuesten histologischen Ergebnisse. (Mit Demonstrationen)	152
<i>Kreuser-Winnental</i> : Einige Erfahrungen bei Bett- und Dauerbadbehandlung	153
Geschäftliches	154
<i>Spilmeyer-Freiburg i. B.</i> : Weitere Mitteilung über eine besondere Form von familiärer amaurotischer Idiotie	155
<i>Hellpach-Karlsruhe</i> : Die pathographische Methode	156
<i>Münzer-Heidelberg</i> : Über Puerperalpsychosen	157
<i>Sioli-Frankfurt a. M.</i> : Ist das heutige System villenartiger Pavillons für alle Irrenanstalten das allein richtige?	157
<i>Kürz-Heidelberg</i> : Der Fall Hirschberg als res judicata	160
<i>Kohustamm-Königstein i. T.</i> : Hohe Hämoglobinzahlen als Degenerationszeichen?	162
<i>Berliner-Gießen</i> : Kleinhirntumor	163
76. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 11. November 1905 in Bonn.	
a) <i>Aug. Hoffmann-Düsseldorf</i> : Progressive Muskelatrophie nach Trauma	164
b) <i>Aschaffenburg-Köln</i> : Bericht der in der letzten Sitzung gewählten Kommission	167
c) <i>Kurella-Ahrweiler</i> : Über nervöse und psychische Störungen durch elektrische Einwirkungen am Telefon	168
d) <i>Witte-Grafenberg</i> : Über das Quinquaudsche Phänomen	170
e) <i>Landerer-Andernach</i> : Typhusepidemien in Andernach	171
f) <i>Herting-Galkhausen</i> : Über Ansatzstücke für Darmeingießungen	172

Kleinere Mitteilungen.

Der Arzt als Zeuge oder Sachverständiger vor Gericht	173
Entmündigung wegen Geisteskrankheit. Begriff der Unfähigkeit der Besorgung aller Angelegenheiten	173
Zur Vorbeugung von Soldatenmißhandlungen	174
Über Geschlechterforschung und Erblichkeitshygiene. Von Dr. <i>Hermann Lundborg</i> , Privatdozent für Psychiatrie und Neurologie an der Universität zu Upsala	175
Nekrolog <i>Wagemann</i>	178
Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie	180
Deutscher Verein für Psychiatrie E. V.	180
Fortbildungskurse für Psychiater	180
Internationaler Kongreß für Irrenfürsorge	181
Kurs der medizinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Erziehung der angeboren Schwachsinnigen	181
Verein zum Austausch der Anstaltsberichte	181
Personal-Nachrichten	182

Zweites Heft.

Originalien.

Seite

Über das Gewicht des menschlichen Kleinhirnes im gesunden und kranken Zustande. Von Dr. <i>M. Reichardt</i> , I. Assistent der psychiatrischen Klinik zu Würzburg	183
Ein Fall von progressiver Paralyse mit gehäuften epileptiformen Krämpfen nebst Beobachtungen über das Verhalten des Blutdrucks bei solchen Anfällen. Von Dr. <i>W. Plaskuda</i> , Assistenzarzt	240
Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychosen. (Generationspsychosen.) Von <i>G. Herzer</i> , früher Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik zu Basel ..	244
Zur Ätiologie und Symptomatologie der Katatonie. Von a.o. Professor <i>Dr. Pfister</i> , I. Assistenten der psychiatrischen Klinik zu Freiburg	275
Das psychische Verhalten von Geisteskranken im Sterben. Von Dr. <i>Walter Albrand</i> , I. Assistenzarzt an der Irrenanstalt Sachsenberg in Mecklenburg-Schwerin	299
Entmündigung wegen partieller Geistesstörung. Von Dr. <i>Hermann Kornfeld</i> , Geh. Med.-Rat, Gerichtsarzt, Gleiwitz	334

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

88. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 2. Dezember 1905.	
<i>Bonhöffer</i> : Gedenkrede auf <i>Karl Wernicke</i> und <i>Heinrich Lachr</i>	338
<i>O. Förster</i> -Breslau: Demonstration eines Falles von hysterischer Bewegungsstörung im Bereiche des linken Augenlides	339
<i>Kramer</i> -Breslau: Hämatomyelie nach Schädeltrauma	343
<i>O. Förster</i> -Breslau: Zur Kasuistik und Deutung des akinetischen Symptomenkomplexes	344
<i>Chotzen</i> : Mischzustände von Epilepsie und Alkoholismus	345
<i>Kutner</i> -Breslau: Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose zirkumskripter und diffuser organischer Gehirnerkrankungen	346
<i>Nicolauer</i> -Breslau: Diffuse Hirnerkrankung	347
117. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. Dezember 1905.	
<i>Zinn</i> : Gedenkrede auf <i>Heinrich Lachr</i>	349
<i>Hübner</i> -Herzberge: Tabes, Paralyse und Prostitution	360
<i>Schmidt</i> -Wuhlgarten: Transitorische doppelseitige Amaurose mit erhaltener Pupillenreaktion und amnestische Aphasie nach Krampf- anfall	360

Kleinere Mitteilungen.

Unfallentschädigung und Krankenhauszwang	364
Verein zum Austausch der Anstaltsberichte	365
Personal-Nachrichten	365

Drittes und viertes Heft.

Originalien.

	Seite
Über den Einfluß psychischer Vorgänge auf den Stoffwechsel. Von Dr. <i>M. Rosenfeld</i> , Privatdozent und I. Assistent der Psychiatrischen Klinik zu Straßburg i. E.	367
Manisch-depressives Irresein und Arteriosklerose. Von Oberarzt Dr. <i>Albrecht</i> , Treptow a./Rega	402
Ein Beitrag zur Kenntnis des intermittierenden Irreseins. Von Dr. <i>Adalbert Gregor</i> , I. Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik Leipzig	417
Ein Fall progressiver Paralyse im Anschluß an einen Unfall durch elektrischen Starkstrom. Von Dr. <i>A. Adam</i> , II. Assistenzarzt der Anstalt Karthaus-Prüll	428
Über kombinierte Psychosen nebst einem kasuistischen Beitrag. Von Dr. <i>Geist</i> , Arzt an der Kgl. Sächs. Landesanstalt Zschadraß	434
Die Gefährdung der Nachkommenschaft durch Psychosen, Neurosen und verwandte Zustände der Aszendenz. Von Dr. <i>Tigges</i> , Düsseldorf	448
Das prozentual ausgedrückte Heiratsrisiko bez. Ausbruchs und Vererbung von Geistes- und Nervenkrankheiten. Von Medizinalrat Dr. <i>P. Nücke</i> , Hubertusburg	482

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

118. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin vom 17. März 1906.	
<i>Seelig-Herzberge</i> : Psychiatrische Erfahrungen an Fürsorgezöglingen ...	506
<i>Klipstein-Dalldorf</i> : Über die hebephrenischen Formen der Dementia praecox <i>Kraepelins</i>	512
<i>Hübner-Herzberge</i> : Demonstrationen. I. Ein Fall von doppelseitiger Peroneus- und Radialisparese bei progressiver Paralyse mit anatomischem Befund.	540
II. Tabes mit Gummi der hinteren Schädelgrube.	542
III. Progressive Paralyse mit Gummen in der Hirnsubstanz	543
Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu München am 20. und 21. April 1906.	
1. Sitzung, Freitag, den 20. April, vormittags 9 ¹ / ₄ Uhr.	
<i>Heilbronner-Utrecht</i> : Sprachstörungen bei funktionellen Psychosen mit Ausschluß der aphasischen Störungen.	547
<i>Pfister-Freiburg i. Br.</i> : Über Verbigeration.	548
<i>Rosenfeld-Straßburg i. E.</i> : Über psychische Störungen bei Apathikern.	552
<i>Hoche-Freiburg</i> : Kritisches zur psychiatrischen Formenlehre.	559
<i>Alt-Uchtspringe</i> : Ernährungstherapie der Basedowschen Krankheit	563

2. Sitzung, nachmittags 2 Uhr.

Vocke-Egling-München: Irrenanstalten sind Krankenanstalten, keine Verwahrungsanstalten für verbrecherische Entartete oder gemindert Zurechnungsfähige..... 564

Gaupp-München: Die klinischen Besonderheiten des psychiatrischen Großstadtmaterials 565

3. Sitzung, Sonnabend, 21. April, vormittags 9 Uhr.

Alzheimer-München: Über den Abbau des Nervengewebes 568

Weiler-München: Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken 572

Hartmann-Graz: Über pathologische Beeinflussung des Bewegungsablaufes bei Erkrankung des Stirnhirns..... 575

Weygandt-Würzburg: Über den Stand der Idiotenfürsorge in Deutschland 577

Anton-Halle: Die Formen und die Ursachen des Infantilismus 578

Möller-Berlin: Über den Unterricht der Idioten, Imbezillen und Schwachbegabten 591

4. Sitzung, nachmittags 2 Uhr.

H. Vogt-Langenhagen: Über den Mongoloidentypus der Idioten..... 592

Heß-Görlitz: Über Heboidophrenie 594

Hübner-Lichtenberg-Berlin: Zur Frage der Lues nervosa..... 597

Schröder-Breslau: Beitrag zur Lehre von den Intoxikationspsychosen.. 598

O. Fischer-Prag: Über die anatomischen Grundlagen des Zellbefundes der Cerebrospinalflüssigkeit bei progressiver Paralyse 599

Plaut-München: Psychologische Untersuchungen an Unfallskranken... 600

41. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 6. Mai 1906 in Hannover.

Bruns-Hannover: Neuropathologische Demonstrationen 604

Alt-Uchtspringe: Zehn Jahre Familienpflege in der Provinz Sachsen.. 610

Delbrück-Bremen: Zur Kostenfrage größerer oder kleinerer Krankenvavillons 612

Hoppe-Uchtspringe: Die Beziehung der Bromwirkung zum Salzstoffwechsel der Epileptiker..... 613

Weber-Göttingen: Kleinhirnrämpfe 613

Dr. Bunnemann: Lamarkismus und Darwinismus 615

Grimme-Göttingen: Eine Typhusepidemie in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen 617

Kleinere Mitteilungen.

Neue Zeitschriften 619

Mittelrürkische Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie 620

Versammlung mitteleuker Psychiater und Neurologen in Dresden ... 620

Psychiatrischer Kongreß in Mailand..... 620

Preisaufrage..... 620

Poliklinik in Süchteln 621

	Seite
Die Fürsorge für Geistesranke in der Armee	621
Ministerialerlaß	621
Die Breslauer dermatologische Vereinigung	621
Nekrolog Fürstner	622
Nekrolog Reimer	623
Verein zum Austausch der Anstaltsberichte	625
Personal-Nachrichten	625
Druckfehlerberichtigung	626

Fünftes Heft.

Originalien.

Welche Rolle spielt die Endogenese in der Ätiologie der progressiven Paralyse? Von Dr. <i>J. Georg Dreyfus</i> , zurzeit Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik in Basel	627
Über Psychosen nach Augenoperationen. Von <i>Michael Lapinsky</i> , Professor der Universität zu Kiew	665
Über Alkoholversuche bei Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände. Von Oberarzt Dr. <i>Tomaschny</i>	691
Fälle von familiärer Mikrokephalie. Von Dr. med. <i>Heinrich Vogt</i> , Privatdozent an der Universität Göttingen, Arzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Langenhagen	706
Beitrag zur Lehre von den Intoxikationspsychosen. Von Dr. <i>P. Schröder</i> , Privatdozent	714
Geburtsstörungen und Epilepsie. Von Dr. med. <i>Volland</i> , Anstaltsarzt ..	725

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

77. Ordentliche Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 16. Juni 1906 in Bonn.	
<i>Liebmann-Köln</i> : Krankenvorstellung	735
Professor <i>Westphal-Bonn</i> : 1. Über hysterische Kontrakturzustände äußerer Augenmuskeln in einem Falle traumatischer Psychoneurose	736
2. Demonstration zweier Fälle von <i>Tabes dorsalis incipiens</i> in hohem Lebensalter	737
<i>Kölpin-Bonn</i> : Trauma und Paralyse	738
<i>Schirbach-Bonn</i> : Über Proponal	747
<i>Mohr-Coblenz</i> : Über Zeichnungen von Geisteskranken und ihre diagnostische Verwertbarkeit	748
Nordostdeutscher Verein für Psychiatrie und Neurologie. 13. Jahres-sitzung zu Danzig am 2. Juli 1906.	
<i>Wallenberg</i> - Danzig: Krankenvorstellung	751

Inhalt.

IX

Seite

<i>Herse-Neustadt</i> : Über die Behandlung von Entzündungen und Eiterungen bei Geisteskranken nach der <i>Bierschen</i> Stauungsmethode	751
<i>Hoppe-Allenberg</i> : 1. Anatomische Demonstration	753
2. Psychiatrische Reiseerinnerungen aus Nord-Amerika	753
<i>Kürbitz-Königsberg</i> : Zur pathologischen Anatomie des Delirium tremens	753
<i>E. Meyer-Königsberg</i> : Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Geistes- und Nervenkrankheiten	755
119. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin vom 24. Juli 1906.	
<i>Birnbaum-Herzberge</i> : Über degenerativ Verschröbene	757
Diskussion über den Vortrag des Herrn <i>Klipstein-Herzberge</i> : „Über die hebephrenischen Formen der Dementia praecox <i>Kraepelins</i>	759
<i>Ziehen</i> : Seltenerer Fälle des periodischen und zirkulären Irreseins.	760

Kleinere Mitteilungen.

Ein Beitrag zur Psychologie der Aussage. Von Dr. <i>M. Urstein</i> -München	762
Psychiatrischer Fortbildungskurs in München	763
Nachweisung derjenigen Personen, welche in den Jahren 1904 und 1905 auf Anordnung des Gerichts zur Beobachtung in Anstalten aufgenommen wurden	764
Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie in Gießen	766
Personal-Nachrichten	766

Sechstes Heft.

Originalien.

Transitorische Aphasie bei Alkoholdelirien. Von Dr. <i>C. F. v. Vleuten</i> , Assistenzarzt der städtischen Anstalt zu Dalldorf	767
Zur Kenntnis der Psychosen der Morphinabstinenz. Zugleich ein Beitrag zur Ätiologie der Amentia. Von Dr. <i>F. Chotzen</i>	786
Über Hitzepsychosen. Von Privatdozent Dr. <i>J. Finckh</i> , I. Ass.-Arzt an der psychiatr. Klinik Tübingen (Prof. Dr. <i>Wollenberg</i>)	804
Über Arbeitsentlohnung in unseren Irrenanstalten. Von Dr. <i>August Hegar</i> , Wiesloch	825
Klinische Betrachtungen bei Entweichungen Geisteskranker. Von Oberarzt Dr. <i>Albrecht</i> , Treptow a. d. Rega	848

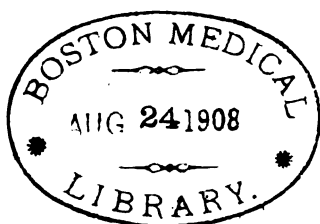
Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

VIII. Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen am 9. August 1906 in der Provinzial-Irrenanstalt zu Schleswig.	
<i>Draeseke-Hamburg</i> : Ein Beitrag zur Pathologie der Epilepsie	863
<i>Draeseke-Hamburg</i> : Demonstration eines rachitischen Schädels	865

<i>Nonne-Hamburg</i> : Klinisches und Pathologisch-Anatomisches zur Lehre von den anämischen Spinalerkrankungen	866
<i>Wassermeyer-Kiel</i> : Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken	868
<i>Raecke-Kiel</i> : Fahnenflucht und Fuguezustände.....	869
<i>Repkewitz-Schleswig</i> : Über Beschäftigung von Anstaltspfleglingen.....	871
<i>Westhoff-Schleswig</i> : Liegekur bei Geisteskranken	871
Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater, Würzburg, 5. und 6. Juni 1906.	
Sitzungsbericht vom 5. Juni 1906.	
<i>Vocke-Egling</i> : Über die Lage des irrenärztlichen Standes.....	873
<i>Nitsche-München</i> : Psychologische Untersuchungen an Alkoholisten....	892
<i>Reichardt-Würzburg</i> : Über Knochenveränderungen bei progressiver Paralyse	893
<i>Weygandt-Würzburg</i> : Beitrag zur Aphasielehre mit Demonstration....	893
<i>Specht-Erlangen</i> : Über Hysteromelancholie	894
<i>Blachian-Werneck</i> : Über die Zustellung von Entmündigungsbeschlüssen an unsere Anstaltsinsassen.....	894
Sitzungsbericht vom 6. Juni 1906.	
<i>Kraepelin</i> : Über hysterische Schwindler	902
<i>Weygandt-Würzburg</i> : Krankenvorstellung	905
<i>Otto Rehm-München</i> : Psychologische Versuche bei manisch-depressivem Irresein	905
<i>Plaut-München</i> : Über krankhafte Kaufsucht.....	906

Kleinere Mitteilungen.

Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, herausgegeben von <i>Ploetz</i> in Verbindung mit <i>Nordenholz</i> , <i>Plate</i> und <i>Thurnwald</i> . Von <i>Koller</i> ...	908
<i>Langenhagen</i>	909
Abteilungen für Geisteskranke in Militärlazaretten (mit Abbildung)	909
Tabellen zum Vortrag des Herrn Dir. Dr. <i>Vocke-Egling</i> : Über die Lage des irrenärztlichen Standes.....	911
Nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie	917
<i>Heinrich Laehr-Stiftung</i>	918
Verein zum Austausch der Anstaltsberichte	920
Personal-Nachrichten	920
Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie, E. V.....	922



Unsere Zeitschrift ist von einem herben Verlust betroffen worden: *Heinrich Laehr*, der achtundvierzig Jahre hindurch an der Spitze der Redaktion gestanden, ist nicht mehr. Er, der Freund *Damerows*, *Flemmings* und *Rollers*, bildete für uns gewissermaßen das lebendige Band, das die Jetztzeit mit den Anfängen unserer Zeitschrift verknüpfte, und so stellt uns sein Hinscheiden vor die Frage, ob die besondere Stellung, die unserer Zeitschrift aus jener Vergangenheit geblieben ist, ihr auch ferner gewahrt werden soll und kann.

Eine gegenseitige Fühlung und persönliche Vertrautheit, wie sie zur Zeit der Gründung unserer Zeitschrift wohl unter allen deutschen Psychiatern bestand, ist heutzutage nicht mehr möglich. Wird es doch den allerwenigsten gegeben sein, am Schlusse einer unserer großen Jahresversammlungen alle Teilnehmer auch nur dem Namen nach zu kennen. Gerade das persönliche Moment aber, das zu jener Zeit in ganz anderem Maße als jetzt vorhanden war, hat den Charakter unserer Zeitschrift zum Teil bestimmt. Alle Direktoren der größeren Anstalten galten als Mit-herausgeber, und die Zeitschrift trat nur unter der Voraussetzung ins Leben, daß sie „nicht nur selber regelmäßige Beiträge liefern, sondern für Mitteilung alles hierher gehörigen Interessanten aus ihren Bezirken, sowie für Beiträge von den dortigen Ärzten und Juristen sorgen“ würden.

Der lose Verein, der auf diese Weise zur Herausgabe der Zeitschrift gebildet wurde, bereitete die Gründung des Vereins der deutschen Irrenärzte vor, an der die Redakteure der Zeitschrift in besonderem Maße beteiligt waren. Indem dieser fester gefügte Verein die Allgemeine Zeitschrift zu seinem Organ und ihren Hauptredakteur zu seinem ständigen Sekretär bestimmte, erwuchs ihr ein neues Anrecht auf den Vermerk ihres Titelblatts: „herausgegeben von Deutschlands Irrenärzten.“

Hat unsere Zeitschrift aber auch jetzt noch die innere Berechtigung, dieses Erbe aus den Zeiten der Väter für sich in Anspruch zu nehmen, oder schleppt sie jene Bezeichnung nur noch als leeren Titelschmuck weiter? Sie ist nicht mehr das Blatt der deutschen Psychiater; andere, größere und kleinere, psychiatrische Zeitschriften sind neben ihr entstanden und haben zum Teil, eine neue Richtung verfolgend, dem wissenschaftlichen Fortschritt zeitweilig einen größeren Anstoß gegeben als sie. Trotzdem hat auch in solchen Zeiten unsere Zeitschrift ihre Bedeutung nicht verloren; sie hat gleichmäßiger auch die anderen Richtungen gepflegt und ist im ganzen — wir glauben dies getrost aussprechen zu dürfen — gerade wegen eines gewissen konservativen Zugs, der ihr eigen war, mehr als andere der Sammelpunkt gemeinsamer Interessen geblieben.

Daß in ihren Blättern die Veranstaltungen des Vereins der deutschen Irrenärzte, wie z. B. der noch heute bestehende Verein zum Austausch der Anstaltsberichte, Hausrecht genießen, ist selbstverständlich. Doch auch den meisten der landschaftlich getrennten Zweigvereine, die sich aus dem gemeinsamen deutschen Verein entwickelten, erschien unsere Zeitschrift als das gegebene Blatt zur Veröffentlichung ihrer Berichte. Und so ist es geblieben. Noch neuerdings hat der Vorstand des deutschen Vereins für Psychiatrie, obwohl die veränderten Statuten ihm freie Hand gaben, wiederum den geschäftsführenden Redakteur unserer Zeitschrift zum ständigen Schriftführer des Vereins gewählt.

Eine Überlieferung, die so kräftig weiterwirkt, legt Verpflichtungen auf, und unsere Zeitschrift darf und wird sich ihnen nicht entziehen. Auch für sie gilt das Dichterwort:

Was Du ererbt von Deinen Vätern hast,
Erwirb es, um es zu besitzen!

Nur dann kann sie das ihr überkommene Erbe als rechtmäßigen Besitz weiterführen, nur dann als allgemeine psychiatrische Zeitschrift, herausgegeben von Deutschlands Irrenärzten, auch ferner gelten, wenn sie im gleichen Sinne, aus dem heraus jene Worte vor mehr als 62 Jahren geprägt wurden, auch in Zukunft der Gesamtheit der deutschen Psychiater angehört.

In welcher Richtung die Stimme der Vergangenheit uns weist, liegt klar vor unseren Augen. Vor andrem muß unsere Zeitschrift geöffnet sein allen ernstesten Versuchen, unser klinisches Wissen zu erweitern oder zu sichern, und allen praktischen Bestrebungen, die den Erfolg unserer Tätigkeit zu erhöhen geeignet scheinen. Den Grenzgebieten, zumal den für uns so wichtigen der Neurologie und Psychologie, wird sie Gastrecht gewähren, wenn sie hierin auch anderen Zeitschriften den Vortritt lassen muß. Näher liegen ihr, wie schon ihr Titel sagt, die uns interessierenden Fragen der Gesetzgebung und der gerichtlichen Sachverständigentätigkeit, und gern werden die grünen Hefte, die selbst einen Teil der Geschichte der Psychiatrie darstellen, auch fernerhin in bescheidenem Maße der historisch-psychiatrischen Forschung dienen.

Allgemein will unsere Zeitschrift aber nicht nur in der Bedeutung sein, daß alles, was auch im weiteren Sinne zur Psychiatrie gehört, entsprechend seiner Wichtigkeit für alle und nach Maßgabe des verfügbaren Raumes ihr willkommen ist; allgemein will sie sein auch in dem Sinne, daß sie keiner Sonderrichtung, keiner „Schule“ sich dienstbar macht, daß in ihr, nach dem Ausdruck *Damerows*, alle theoretischen und geistigen Schlagbäume aufgehoben sind, und daß jeder, der wirklich etwas zu bringen hat, als Helfer und Mitarbeiter freudig empfangen wird. Nur darf das, was er bringt, nicht zu ausgedehnt, zu lose gepackt sein; im allgemeinen soll ein Beitrag den Umfang von zwei Bogen nicht überschreiten.

Einer Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie liegt weiter die Pflicht auf, auch die psychiatrischen Ähren, die nicht auf ihrem Boden gewachsen sind, zu sammeln und über den Ertrag, soweit er Nährwert hat, ihren Lesern zu berichten. Aus Mangel an Zeit und Arbeitskräften hat dies nicht immer in gebührendem Maße geschehen können. Künftig wird die Redaktion des Literaturberichts, welche die Kollegen *E. Schultze-Greifswald* und *O. Snell-Lüneburg* vom nächsten Jahre ab freundlichst übernehmen wollen, schon durch die Verteilung der Last auf zwei Arbeiter in günstigerer Lage sein, und wir dürfen hoffen, daß damit Vollständigkeit (soweit sie zu wünschen ist), Gleichmäßig-

keit in den Berichten der Mitarbeiter, Übersichtlichkeit und rechtzeitige Fertigstellung eher erreicht werden wird als jetzt, wo die schwere Bürde auf den Schultern eines einzigen ruht. Dem Zwecke des Literaturhefts entspricht aber zugleich eine sorgfältigere Abschätzung und Kritik, und es wird versucht werden, auch in dieser Richtung fortzuschreiten. Der Abschnitt über „Literatur“ in den laufenden Heften der Zeitschrift, der nur einzelnes herausgreifen konnte, dürfte unter diesen Umständen in Zukunft fortbleiben.

Dies wäre in großen Zügen das Leitbild, dem wir, von der Vergangenheit getragen, zustreben. Wie nahe wir ihm kommen, wird die Zukunft lehren: wir können nur unseren Willen, nicht unser Können verbürgen. Aber gerade, weil wir von der Vergangenheit getragen werden und nicht selbst die Richtung anzugeben, nicht selbst neue Wege zu bahnen haben, kommt hier das Wollen mehr und das Können weniger als sonst in Betracht. Neue Zeitschriften finden darin ihre Berechtigung, daß sie eine Seite des Ganzen stärker heraustreiben und entwickeln, und so können sie auch auf das übrige kräftig einwirken. Da spricht das Können der Führer das entscheidende Wort. Wir wollen uns bewußt bleiben, daß unser Weg durch die Vergangenheit vorgeschrieben ist. Auch dabei gilt es, das Flache hier, die Klippe dort zu vermeiden und das Fahrzeug in der rechten Strömung zu halten. Aber die Richtung ist gewiesen.

Unsere Redaktion hat sich verstärkt. Die drei großen süddeutschen Staaten, von Norddeutschland der Westen, der Osten, die Mitte sind jetzt in ihr vertreten, bewährte und frische Kräfte in ihr vereint. Möge hierin eine gute Vorbedeutung liegen, daß die treibende Kraft der Vergangenheit, die auf Einigung aller, auf Förderung des Gemeinsamen und Verbindenden gerichtet war, auch künftig in dieser Zeitschrift sich wirksam erweise!

*Bonhoeffer. Cramer. v. Grashey. Kreuser. Lachr.
Pelman. Schüle.*

Über den Glauben an die Besessenheit.

Von

Dr. Albert Behr, zur Zeit Arzt in Riga.

Obwohl der Glaube an die Besessenheit des Menschen durch transzendente feindliche Mächte wissenschaftlich überwunden ist, so gehört es doch zu den großen Widersprüchen unserer heutigen Kultur, daß weite Schichten der verschiedenen Bildungs- und Volksstufen diesen Gedanken mit großer Zähigkeit festhalten und spekulativ ausbauen. Die Fortschritte der Naturwissenschaften und überhaupt der Geisteswissenschaften haben auf einzelne Kreise läuternd gewirkt und das Weltbild erweitert. Die Massen sind jedoch nur äußerlich von der Aufklärung erfaßt worden, im Innern der Volksseele glimmt der Aberglaube nach wie vor. Noch immer hat der Laie seine eigenen psychiatrischen Anschauungen und zieht die Grenzen des Irreseins wie es ihm beliebt. Noch herrscht die Psychiatrie des gesunden Menschenverstandes, und die Ansicht, Geisteskrankheit und Verblödung wären dasselbe, ist weit verbreitet. Über die Ursachen der psychischen Krankheiten stößt man auf die krausesten Vorurteile, und selbst gebildete Laien sträuben sich gegen den Gedanken, die Seelenkrankheiten seien an das Gehirn gebunden. Abergläubische, aberwitzige, sympathetische Kuren finden ihr Publikum mehr denn je. Die dumpfe Mystik der Magnetopathen, der Gesundbeter und anderer Heilkünstler fällt auf fruchtbaren Boden und trägt sichtbare Früchte. Angesichts dieser Tatsachen erscheint es gerechtfertigt, wieder einmal auf die kulturhistorische Bedeutung der Besessenheit zu verweisen und vor einem ärztlichen Forum die Rolle und die Bedeutung dieses Aberglaubens an der Hand eines einschlägigen Falles zu erörtern und zu besprechen.

Frau B. leidet an der Wahnvorstellung, der böse Geist habe sie besessen, sie wäre besessen. Der Böse wohne in ihrem Innern, in ihrem Leibe, und treibe unterhalb der Herzgrube sein Spiel. Sie erfahre vom bösen Geiste alles mögliche und müsse ihre Handlungen nach seinen Befehlen richten und das ausführen, was er ihr zurufe. Sie empfindet das Schalten und Walten des Bösen als Zwang und sucht Hilfe beim Arzt, beim Seelsorger, beim „Besprecher“, um diese schwere Last von sich zu stoßen und sich innerlich zu befreien. Die Kranke fühlt den Bösen in ihrem Innern und hört ihn reden. Er redet nicht ins Ohr, sondern laut und deutlich, für alle vernehmlich durch ihren eigenen Mund. Richten wir Fragen an die Kranke, welche den bösen Geist betreffen, so beobachten wir folgendes: Sie senkt den Kopf ein wenig nach vorn, die Bauchpresse tritt in Tätigkeit, der Brustkorb wird nach aufwärts gezogen, die Muskulatur des Halses angespannt, das Inspirium durch den Mund verschwindet, die Nasenflügel bewegen sich stoßweise, und als Ergebnis dieser gewaltsamen Muskeltätigkeit vernehmen wir Laute und Worte, welche die Kranke expiratorisch, ruktusartig wie ein Bauchredner hervorpreßt. Die Kranke behauptet, der böse Geist rede in dieser Weise und bediene sich ihrer Sprachwerkzeuge, um sich verständlich zu machen. Wir hören förmliche Zwiegespräche zwischen dem Bösen und der Kranken, sie redet, er antwortet, d. h. sie entladet ihre Empfindungen in expiratorischen Lauten und Worten. Nach Ansicht der Kranken sei sie ein Opfer „der Hexerei“ und eine Beute des Bösen, denn vor mehreren Jahren hätten zwei böse Weiber sie verhext und verzaubert.

Versuchen wir die hier geschilderten Erscheinungen zu deuten und deren Entstehung zu erfassen, so leiten uns folgende Erwägungen: Bei allen Menschen finden in sämtlichen Körperteilen beständig Nervenenergien statt. Unser gewöhnliches Empfindungsleben beachtet diese Nerventätigkeit und die sich daraus entwickelnden feineren Zirkulationsänderungen in keiner Weise, und gleichsam unbewußt verlaufen die Tätigkeit und das Leben unserer inneren Organe. Sobald aber das Bewußtsein gestört ist und ein krankhaftes reizbares Nervensystem die Grundlage unseres Innern darstellt, so verlieren diese unbewußten Vorgänge ihren verborgenen Charakter und werden offenbar. „Die Organgefühle“, wie man sie treffend bezeichnet, machen sich bemerkbar, drängen sich in das Bewußtsein und beeinflussen den Ablauf und die Verarbeitung der Vorstellungen. Solange der Intellekt, insonderheit die kritische Tätigkeit desselben, erhalten ist, werden die Organgefühle, z. B. die Klagen der Hysterischen und Hypochonder über Beschwerden im Leibe oder im Halse, im Sinne des gestörten Empfindungslebens aufgefaßt und gedeutet. Ist aber der Intellekt krankhaft verändert, so beeinflussen die Organgefühle die Verarbeitung der Sinneseindrücke und werden der Ausgangspunkt wahnhafter Schlüsse und Vorstellungen. Die Organempfindungen werden umgeformt, und unter dem Einflusse einer krankhaften, kombinatorischen, phantastischen Gehirntätigkeit entwickelt sich der Irrtum des Hypochonders zum Irrsinn des Paranoischen. Die gleichen seelischen Vorgänge sind in beiden

Fällen in unserem Bewußtsein tätig, aber die eigenartige persönliche Veranlagung schafft hier den Hypochonder, dort den Paranoischen.

Aller Wahrscheinlichkeit nach leidet die hier besprochene Kranke an derartigen Organempfindungen. Sie ist nicht imstande die subjektiven Gefühle als solche zu erfassen, sondern ihr krankhaftes Denken und ihre abergläubische Phantasie verarbeiten die Eindrücke des innern Lebens als äußere Einwirkungen einer dämonischen unbekannten Macht und erzeugen den Wahn, sie wäre vom Bösen besessen und vom bösen Geist verfolgt. — Stellen wir uns auf den Standpunkt der Kranken, so besteht eine Art Symbiose zwischen ihrem eigenen Selbstbewußtsein, ihrem persönlichen Ich einerseits und der feindlichen Macht, dem fremden Eindringling im Innern andererseits. Dieser Dualismus der Empfindungen, wenn man so sagen darf, führt mit Notwendigkeit zu einer Spaltung der Persönlichkeit, und im Kampfe mit den unbekannten, übergewaltigen Mächten unterliegt das Individuum und erschöpft seine leiblichen und seelischen Kräfte.

Abgesehen von den seelischen Vorgängen beobachten wir bei der Kranken auf motorischem Gebiete Bewegungen in der mimischen und artikulatorischen Muskulatur und willkürliche expiratorische Lautäußerungen. Diese motorischen Begleiterscheinungen sind der äußere Ausdruck der inneren Wahnbildung und der krankhaften Tätigkeit einer kombinatorischen Phantasie. — Wir wissen aus der Psychologie des gesunden Lebens, daß jedes verbale Denken mit einer zentrifugalen motorischen Innervation der mimischen und artikulatorischen Muskeln einhergeht. Bei einigen Menschen sind die Artikulationsbewegungen nur angedeutet, bei anderen, im übrigen aber seelisch durchaus gesunden, werden diese Bewegungen so stark, daß die Personen Zwiesgespräche führen und mit sich selbst und ihren Gedanken laut reden. Die motorischen Ausdrucksbewegungen, welche den inneren zentralen Vorgängen parallel verlaufen, gelangen nicht immer in den Blickpunkt des Bewußtseins, sondern verharren unter der Schwelle desselben. Diese Bewegungsvorgänge werden daher von dem Individuum selbst nicht verarbeitet, sondern verlaufen scheinbar unbewußt, automatisch, losgelöst vom persönlichen Selbstbewußtsein. Je stärker sich das Denken auf etwas Bestimmtes richtet, je mehr unser inneres Leben von bestimmten Vorstellungen erfüllt ist, je mehr „es an uns nagt“, wie man sich ausdrückt, um so deutlicher treten diese automatischen Erscheinungen in den Vordergrund, und das „unwillkürliche Flüstern“ steigert sich zu unwillkürlichen Lauten und Worten. Das „unwillkürliche Flüstern“ ist eine experimentell feststehende Tatsache und ein Beweis für die Behauptung, daß jedes Denken an bestimmte Dinge von motorischen Sprachbewegungen begleitet ist. Es gelang *Lehmann* durch ein sinnreiches Verfahren mit Hohlspiegeln, welche so angeordnet waren, daß die Achsen in ihrer gegenseitigen Verlängerung lagen und jeder Laut, der von dem Brennpunkte des einen ausging, in dem andern gesammelt wurde, nachzuweisen, daß bei angespanntem Denken an eine bestimmte Zahl sogar bei geschlossenem Munde leise Flüsterbewegungen auftraten. Die Sprachbewegungen

konnten nur in dem Falle verhindert werden, daß die Versuchsperson die Bewegung der Zunge und der Stimmbänder mit aller Gewalt hemmte und anhielt.¹⁾

So unwahrscheinlich es einen anmutet, wenn wir auf der Bühne die Helden bei ihren Reflexionen belauschen, so muß man doch zugeben, daß die Dichter instinktiv das Richtige trafen. Das sichtbare Selbstgespräch findet in abgeschwächter Form tatsächlich statt, obwohl die poetische Lizenz die motorischen Flüsterlaute zur vollen Stimme steigert und das Seelenleben der Helden öffentlich klarlegt und aufdeckt.

Bemerkenswert und paradox war in meinem Falle, daß die motorischen Impulse vom Wortzentrum aus nicht nur alle Muskeln, welche der Inspiration dienen, zu einer gewaltsamen Anstrengung anregten, sondern auch gleichzeitig die Muskeln mit innerviert wurden, die bei der gesteigerten Expiration in Tätigkeit treten. Die angespannte Arbeit der gesamten Atemmuskulatur trug während der eingebildeten Zwiegespräche mit dem Bösen einen krampfartigen Charakter, und die Worte wurden stoßweise mit einem grell klingenden Beiklang hervorgepreßt. Die beständig andauernde Erregung, der Affekt, welcher die Kranke beherrschte, lenkten ihr Denken nach der Richtung, daß sie die körperlichen Empfindungen im Abdomen, das gewaltsame Atmen und das zwangsmäßige Reden mit schreckhaften Erinnerungsbildern verknüpfte und aus diesen Vorgängen den phantastischen Schluß ableitete, der Böse sitze in ihrem Innern und rede durch ihren Mund.

Während der ganzen Beobachtungszeit bestand ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl und ein Krankheitsbewußtsein, aber stets in dem Sinne, als ob fremde Gewalten die Krankheit hervorriefen. Die Spaltung der Persönlichkeit trat durch die geschilderten motorischen Phänomene deutlich zutage, und in der Art und Weise, in welcher die Kranke ihre inneren Eindrücke verarbeitete, spiegelte sich der seelische Zerfall.

*Wernicke*²⁾ bezeichnet den seelischen Vorgang, welcher zu einer Spaltung der Persönlichkeit führt, und den wir soeben zu schildern versuchten, mit dem Namen der Sejunktion. Er versteht darunter einen Defekt, eine Kontinuitätstrennung, welche dem Ausfall gewisser Assoziationsleistungen entspricht und darauf hindeutet, daß die Zusammenfassung aller höheren Verbände zu einer Einheit zerstört ist. Ob wir diese anatomische Vorstellung von der Spaltung der Persönlichkeit annehmen oder nicht, auf alle Fälle gebührt *W.* das Verdienst, daß er die Aufmerksamkeit auf diese Zustände nachdrücklich hinlenkte und ihre klinische Bedeutung hervorhob.

Die Krankheit verlief in Schüben. Es wechselten stürmischere Zeiten, in welchen die Kranke sozial anstieß, ihrem Manne lästig wurde, ihre Arbeit vernachlässigte, mit ruhigen Zeiten, in welchen sie die Arbeit aufnahm und fleißig und geordnet zu Hause dahinglebte. Als ich die Kranke vor sieben

¹⁾ *Lehmann*: Aberglauben und Zauberei 1898, S. 386f.

²⁾ Grundriß der Psychiatrie, S. 113f.

Jahren kennen lernte, bestanden auf seelischem Gebiete religiöse Wahnvorstellungen. Versündigungsideen und gelegentlich lebhaft Affektausbrüche. auf körperlichem Gebiete bildete die Neigung, Luft zu schlucken und die Luft ruktusartig herauszustoßen, ein wichtiges Krankheits-symptom. Ich beobachtete im Lauf der Jahre, daß das Luftschlucken und das Ausstoßen derselben sich mit den unwillkürlichen Sprachbewegungen kombinierte, und daß nach und nach an Stelle der Ruktus Laute und Worte gebildet wurden, bis endlich die motorischen Atmungsphänomene entstanden, welche heute das hervorstechendste Symptom der psychischen Krankheit darstellen. Vor sieben Jahren hatte der Gedanke, von einem bösen Geist besessen zu sein, die Kranke noch nicht befallen, damals sprach sie nur von einem Geist im allgemeinen, der in ihrem Kopfe, wenn sie vor sich hindenke, zu ihr rede. Sie höre den Geist nicht deutlich, es käme ihr aber „in den Gedanken“ so vor, als rede ein Geist. In der Folge nahm der Glaube, besessen zu sein, immer deutlichere Gestalt an, und unter dem Einflusse des gedrückten Gemütszustandes verwandelte sich der „Geist im Kopfe“ in den persönlichen Bösen, welcher ihre Sinne und Denken ausfüllte und ihren Körper mit einem Banne belegte. Je mehr die geistige Kraft der Kranken abnahm, um so abgeschlossener und einförmiger gestaltete sich das Krankheitsbild, und die Trugwahrnehmung, daß der böse Geist in ihr rede, verdichtete sich immer mehr und erzeugte den Besessenheitswahn. Die gesteigerte seelische Erregung und die quälende, zehrende Gedankenarbeit in ihrem Innern rief nicht nur motorische Ausdrucksbewegungen hervor, sondern erweiterte die illusionären Vorgänge des Gedankenhörens zu der halluzinatorischen Wahrnehmung des Besessenseins vom bösen Geiste. Die Trugwahrnehmung, besessen zu sein, war ein Schluß, welchen die Kranke aus den inneren Empfindungen und aus den verbalen und akustischen Vorstellungen ableitete, welche sie als äußere Eindrücke auffaßte und verarbeitete. Die Kranke war völlig besonnen, ihr Gedächtnis treu, und sobald es gelang, die Aufmerksamkeit von den inneren Empfindungen abzulenken, so war in ihrem Gebahren und in der Haltung nicht viel Auffallendes zu entdecken. Es bestand eine ausgesprochene krankhafte Eigenbeziehung, und sie deutete alle Geschehnisse des äußeren Lebens auf sich selbst. Beispielsweise sobald zwei Menschen auf der Strasse miteinander redeten, so sprachen sie über ihre Person; besuchte sie den Markt, so blieben alle stehen und schauten ihr nach usw. Die körperlichen Funktionen verliefen ungestört. Die Sensibilität in allen Qualitäten war unverändert. Der Schlaf und der Appetit waren normal. Das Einschlafen und das Erwachen vollzogen sich ohne Störung. Die Träume trugen oft einen unheimlichen Charakter und betrafen ihr vergangenes Leben, ihre Fehler und Unterlassungen. Sie verarbeitete Traumreste mit den Eindrücken des wachen Lebens zu illusionären Verfälschungen der Wirklichkeit und erging sich in phantastischen Erlebnissen. Dazu kam im Laufe der Jahre eine steigende Lust zur Pose und dramatischen Darstellung. Sie fühlte ordentlich das Bedürfnis, die Ergebnisse ihres Nachdenkens über religiöse Dinge, über Gott

und die Welt drastisch wiederzugeben und dramatisch vorzuführen. Mit Vorliebe imitierte sie die Art des Betens der verschiedenen Konfessionen und veranschaulichte mit einem gewissen Behagen unter sonderbaren Bewegungen die Riten der Griechisch-Orthodoxen, der Juden, Katholiken und Lutheraner.

So weit die Krankengeschichte. Vom kulturhistorischen Standpunkte aus betrachtet, liegt der Fall ganz anders. Die Frau behauptet, sie sei vom bösen Geist besessen und durch Hexerei erkrankt. Ist diese Behauptung tatsächlich ein Wahn, oder wäre es denkbar, daß transzendente Mächte, okkulte Kräfte unter gewissen Umständen über den Menschen Gewalt gewinnen, ihn quälen und martern?

Die Lehre von der Besessenheit durch Dämonen ist uralte und verliert sich in das Dunkle der Jahrtausende. Schon Salomo besaß die Gabe, böse Geister zu vertreiben. „Er verfaßte schriftlich die Form und Weise, die Teufel zu beschwören, welche so kräftig sind, daß die bösen Geister nicht allein davon wichen, sondern auch nachmals nicht wieder kommen durften.“¹⁾ Es ist gar nicht so lange her, daß die ganze westeuropäische Welt von dem Hexen- und Zauberesen und der Besessenheit durch den Teufel so fest überzeugt war, daß die angeblichen Zauberer und Hexenmeister auf legalem Prozeßwege dem Tode und Henker überantwortet wurden.²⁾ Noch im Jahre 1782 wurde im Kanton Glarus eine Magd hingerichtet, welche beschuldigt war, das Kind ihrer Dienstherrschaft durch „außerordentliche und unbegreifliche Kunstkraft“ behext zu haben. Die Hexenprozesse sind in Europa glücklich beseitigt, und ich hätte keinen Grund, dieses unerfreuliche Kapitel des menschlichen Aberglaubens und Irrtums weiter zu erörtern, wenn nicht immer wieder die Anschauung zum Durchbruch käme, daß der Böse sein Spiel mit uns treibe und die Besessenheit nicht nur theoretisch möglich, sondern tatsächlich, wenngleich vereinzelt, auftrete. Eine derartige Weltanschauung wagt sich natürlich nicht ans Tageslicht, sondern blüht mehr im Verborgenen. Wer sich aber tiefer in der Welt umsieht, bemerkt zu seinem Erstaunen, daß in der Phantasie des Volkes der Glaube an den Teufel und die Zauberei so verbreitet sind, wie nur je, und Hexerei und Besessenheit durchaus nicht in den Bereich des Unmöglichen gerechnet werden. *Schindler*³⁾ erzählt, daß im Jahre 1854 in einem schlesischen Dorfe eine alte Frau beerdigt wurde, die allgemein als Hexe galt und der man deshalb die Leichenbegleitung versagte. 1832 wurde in der Gegend von Danzig eine angebliche Hexe in das Meer hinausgefahren und ertränkt. Im Jahre 1848 wurde in den baltischen Landen in der damals weitverbreiteten Zeitschrift „Inland“ allen Ernstes die

¹⁾ *Josephus*: *Antiq.* 8. 2. 5.

²⁾ In Mexiko wurde noch 1874 ein Zauberer verbrannt, vgl. *Hellwaldt*: *Kulturgeschichte*, II. Aufl. I. T., S. 366.

³⁾ Der Aberglaube des Mittelalters VII, 3.

Berechtigung der Hexenprozesse mit Bezug auf Mose 2. 22. 18: „Die Zauberinnen sollst du nicht leben lassen“, von einem Anonymus verfochten. 1895¹⁾ wurde in Irland eine 26jährige Frau von ihren eigenen Angehörigen als Hexe verbrannt, und ganz neuesten Datums ist die Geschichte der „Hexe von Strahlungen“, auf welche *Weygandt*²⁾ die Aufmerksamkeit lenkte.

Gewisse Kreise der protestantischen Theologen sind noch stark mit dämonomanischen Vorstellungen belastet, und das Wirken und Streben eines *Blumhardt* ist nur von diesem Standpunkt aus verständlich. Auf der I. Irrenseelsorgerkonferenz 1889 lautete These 8:³⁾

„Der Leib, von der Seele verlassen, verfällt der Verwesung, die Seele, vom Geiste verlassen, verfällt in geistigen Tod und zieht den Leib mit ins Verderben . . . Seele und Leib wird dann ein wehrloser Tummelplatz anderer Geister; vom eigenen Geist, Irrgeist, Welt- und Zeitgeist und von bösen Geistern redet die Schrift.“ *P. Haffner* bemerkte zu These 18: „Der Geist des Menschen erkrankt mit seinem Willen. Die pneumatische Krankheit ist die Sünde . . . Die letzte Ursache aller Anomalie ist eben die dämonische Welt in weitestem Umfange, die ähnlich gebaut wie die empirische Welt, ähnlich gebaut wie der Mikrokosmos mit somatisch und psychisch und pneumatisch Negativen sämtliche positive Funktionen zu stören und zu verderben trachtet.“ *P. Fliedner* sagte in seinem Vortrag: „Besessensein und Irresein“ folgendes: „Die Besessenen werden als krank angesehen und behandelt, aber zugleich als solche Personen, mit deren Seelenleben dämonische Mächte, welche im Dienste des Satans stehen, eine innige Verbindung eingegangen sind, so daß die Grenzen zwischen der Persönlichkeit und dem sie beherrschenden Geist ineinanderfließen.“ Und an einer anderen Stelle heißt es: „Bei unseren Irren legen zahlreiche Erscheinungen den Gedanken an Einwirkung feindlicher, insonderheit unreiner Geister nahe, z. B. bei Melancholischen oder Stuporösen usw. . . .“

Die Konsequenz derartiger Anschauungen liegt auf der Hand, und sie läßt sich in das Schlagwort zusammenfassen „Psychiatrie und Seelsorge“. Ist der Mensch ein Mittelglied zwischen Engeln und Dämonen und den Einflüssen jenseitiger Kräfte unterworfen, ist tatsächlich das Gebet ein Mittel, um feindliche Mächte zu vertreiben, so gehört die Besessenheit nicht in den Rahmen der ärztlichen Kunst, sondern muß seelsorgerisch überwunden werden. Andererseits sind aber die leiblichen Schäden, welche die Dämonen anrichten, so auffallend, daß die Hilfe des Arztes notwendig ist.

¹⁾ Vgl. *Binz*: Doktor *J. Weyer* S. 39; vgl. ferner *Lecky*: Geschichte der Aufklärung in Europa, II. Aufl., Kap. I. S. 4, 36f.

²⁾ Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien 1905.

³⁾ Zentralbl. f. Psych. Bd. XVI.

Die Heilbestrebungen der „Seelsorge“ richten sich gegen die letzte Ursache der Besessenheit, während die „Nachbehandlung“ dem Arzt überlassen bleibt. Das Ritual der katholischen Kirche de exorciscendis obsessis schreibt ausdrücklich vor, der Exorcist solle die leibliche Behandlung dem Arzte überlassen. Hier an diesem Punkte scheiden sich die Geister, und der Kampf zwischen der Weltanschauung der Ärzte und der Weltanschauung der Kirche nimmt seinen Anfang. Das Problem, um welches es sich handelt, ist die uralte, ewig wiederkehrende Frage über den Ursprung des Bösen. Ist das Böse menschlich-psychologisch zu erklären, ist die Notwendigkeit des Bösen als ein mit der „Natur“ oder „Leiblichkeit“ zusammenhängendes Entwicklungsmoment aufzufassen, oder ist das Böse eine selbständige dämonische Macht, welche von außen her an den Menschen herantritt, und dementsprechend zu behandeln? Als seinerzeit die Thesen der I. Irrenseelsorgerkonferenz bekannt wurden, ging ein Sturm der Entrüstung durch die Kreise der Irrenärzte, und das Erstaunen über die Verbreitung dämonomanischer Vorstellungen war ein großes.

Es darf wohl heute, wo die Verhältnisse und die Beziehungen zwischen den Irrenärzten und den Seelsorgern sich mehr geklärt haben, offen ausgesprochen werden, daß auf beiden Seiten Übertreibungen vorfielen, welche das gegenseitige Verständnis hemmten und erschwerten. *Hans Laehr*¹⁾ ging meines Erachtens darin zu weit, daß er die dämonologischen Anschauungen des *P. Hafner* als bakteriologische glossierte. Die Pathologie des *P. Hafner* hat mit der Bakteriologie der modernen Medizin kaum etwas gemeinsam und weist auf andere Quellen. Die Vorstellungen von der Welt des Bösen und die Dämonologie des *P. Hafner* sind ein Gemisch mittelalterlicher Anschauungen, wie sie der byzantinische Polyhistor *Michael Psellos* seinerzeit zusammenfaßte (1106 †), dessen Lehrsätze bis weit ins 18. Jahrhundert auf den Universitäten vorgetragen wurden, ferner der Medizin des Paracelsus und vor allem der neuplatonischen Philosophie. Der Einfluß des Neuplatonismus auf die Reformation und die altlutherischen Theologen war ein sehr nachhaltiger. Ja die kosmologischen und anthropologischen Begriffe derselben haben sich in den Kreisen der Theologen bis zur Gegenwart erhalten, und die Dämonologie des *P. Hafner* bietet ein Spiegelbild jener Weltanschauung. Die Dämonen des *P. Hafner*, die „seelisch organisierten Wesen innerhalb der bösen Welt“ entsprechen sowohl den

¹⁾ Die Dämonischen des Neuen Testaments 1894. ferner *G. Hafner*: „Die Dämonischen des Neuen Testaments“.

Dämonen des Neuplatonikers *Malchos Porphyrios*,¹⁾ welche alle Unfälle, Seuchen und Übel erzeugen, als auch den Dämonen des *M. Psellos*, welche wie ein dünner Stoff, wie die Wolken in den Menschen eindringen und Besessenheit und Krankheit hervorrufen. Alsdann ähneln die Dämonen des *P. Hafner* den *Flagae* der paracelsischen Pneumatologie, welche sich an die Menschen drängen, die Kinder beeinflussen, daß sie Ungewöhnliches tun, und in die Träume hineinspielen, „daß einer könnte dadurch ein Doktor der Zauberei werden.“²⁾ Die Dreiteilung der Welt des Bösen nach *P. Hafner* und die drei Faktoren, welche auf den Menschen schädigend einwirken, die leiblich negativen Potenzen, die seelisch negativen Potenzen, die geistig negativen Potenzen, setzen eine anthropologische Dreiteilung in Leib, Seele und Geist voraus, wie sich dieselbe nicht nur bei Paracelsus vorfindet, sondern auch in neuerer Zeit von der naturphilosophischen Schule des vorigen Jahrhunderts gelehrt wurde.³⁾ Daher war es eine arge Übertreibung, wenn *P. Hafner*, ohne sich über die Grundlagen seiner Pathologie klar zu sein, den ganzen Streit zwischen den Irrenärzten und den Seelsorgern über die Dämonomanie auf die Frage zuspitzte „was dünket Euch um Christo“.⁴⁾ Der Dämonenglaube hat, wie wir weiterhin sehen werden, mit dem Christentum als solchem wenig zu tun, denn es handelt sich bei demselben nicht um eine Fundamentallehre des christlichen Glaubens, sondern um eine Lehre von „peripherischem Wert“. Kein Einsichtiger bezweifelt die Wichtigkeit religiöser Vorstellungen und geistlichen Zuspruchs auf Gesunde und Kranke, aber doch nur in dem Sinne der Erhebung und des Trostes, nicht im Sinne einer mystischen, dämonomanischen Weltanschauung. Die Auffassung einzelner theologischer Kreise, als bedeute der Kampf gegen die dämonomanische Weltanschauung einen versteckten Angriff gegen die kirchliche Seelsorge, ist völlig verkehrt. Es mag ja in ärztlichen Kreisen vereinzelte Ausnahmen geben, welche nach dieser Richtung zu weit gehen, für die Irrenärzte dürfte aber noch heute zutreffen, was vor langen Jahren der „Somatiker“ *Jacobi* in einem Aufsatz „über die Einrichtung von Irrenanstalten“ schrieb: Wer die Unmittelbarkeit des religiösen Gefühls und seine Ansprüche anerkennt, von der Überzeugung und der Macht des Segens der Religion durchdrungen ist und zugleich weiß, in wie manchen Fällen von Irrsein sie mehr oder weniger ihre Rechte behauptet, und von welcher unsäglichem Wichtigkeit es für viele Kranke, zumal aber für die wieder zu einem helleren Bewußtsein erwachenden ist, daß ihnen die Stütze und der Trost der Religion . . . nicht ferne sei, dem wird es schwer

¹⁾ *Zeller*: Griechische Philosophie III, 2, ferner *Kiesewetter*, *Sphinx* I und *Lecky* a. a. O., S. 35.

²⁾ *System d. Paracelsus* von *Preu*, herausgegeben von *Leupoldt* 1838.

³⁾ Vgl. *J. Kerner*: Die Seherin von Prevorst (Ausgabe von *Reclam*, S. 290).

⁴⁾ *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* Bd. 50, S. 849. Dasselbst die gesamte einschlägige Literatur.

faßlich sein, wie man darüber zweifeln könne, ob für die Befriedigung eines solchen Bedürfnisses in einer Irrenanstalt Vorkehrung getroffen sein müsse oder nicht.“¹⁾

Der Glaube an den Teufel und an die Besessenheit durch böse Dämonen ist aller Wahrscheinlichkeit nach morgenländischen Ursprungs. Als die orientalische Kultur nach dem Zusammenbruch des makedonischen Weltreichs in Rom eindrang, verbreitete sich von hier aus dieser Glaube über die damalige gebildete Welt. Die Griechen und Römer in der vorchristlichen Zeit kannten weder die Besessenheit im eigentlichen Sinn, noch die Existenz böser Geister (Dämonen), welche den Menschen befallen und krank machen. Wir begegnen dem Dämonenglauben bei den abendländischen Völkern in einer sehr viel späteren Zeit und zwar waren es besonders die neuplatonischen Philosophen, welche die Lehre von den bösen Dämonen in ihr System aufnahmen und ausbauten.²⁾ Die christliche Kirche begann erst im Laufe ihrer Entwicklung den Dämonenglauben auszunutzen und dogmatisch zu verwerten. Anfangs bekämpfte sie denselben, wo es ihr aber nicht gelang, diese Anschauungen auszurotten, da adoptierte sie dieselben und assimilierte sich den vorhandenen Vorstellungen. Im Mittelalter und in der Neuzeit bis weit ins 18. Jahrhundert hinein war der Dämonen- und Teufelsglaube ein Teil der Weltanschauung der Kulturvölker, und die erlauchtsten Geister glaubten an die „Bösheit und den Haß des Teufels wider Gott und Menschen.“ Aus der zahlreichen Literatur über das „ausgelassen wütige Teufelsheer“, über „die Zauberer, Hexen und Unholden“ will ich nur einen Schriftsteller anführen, dessen Anschauungen vom ärztlich psychiatrischen Standpunkt aus interessieren. Im Jahre 1626 präzierte *Herrman Samson* in seinen Hexenpredigten³⁾ den damaligen Standpunkt folgendermaßen:

„Es machen aber unsere Theologen dreierlei Zunft und Gesellschaft der Zauberer. Etliche sind in tiefer Melancolia ersoffen, welche vom Teuffel

¹⁾ *Roller*: Psychiatrische Zeitfragen 1874, XII.

²⁾ Vgl. *Zeller*: Die Philosophie der Griechen III. 2, ferner *Kiesewetter*: Die späteren Neuplatoniker, Sphinx I.

³⁾ neun auserlesen und wolgegründete Hexenpredigt. Riga in Verlegung G. Schröders 1626.

also verblendet werden, daß sie sich einbilden, sie haben mit dem Teuffel einen Bund gestiftet, sie haben dieses oder jenes gethan, welches sie auch gestehen und ist doch lauter Unwahrheit und vergeblich Ding an sich selbst. Etliche haben sich in der Wahrheit mit dem Teuffel in einen Bund eingelassen und haben doch weder Menschen noch Viehe keinen Schaden zugefügt. Etliche haben sich mit dem Teuffel verbunden und ihm nach seinem Willen gedient, allerley Schaden so wol Menschen als dem Viehe und Getreide beigebracht. (vgl. Predigt IX). Die Dritten auch, welche sich mit dem Teuffel verbunden und allerley Schaden so wol Menschen als dem Viehe und Getreide beigebracht, die machen kein Bedenken. Denn hievor Gott der Herr einen ausdrücklichen Ausspruch gethan die Zauberinne sollen nicht leben lassen.“

Obwohl ausdrücklich die Möglichkeit anerkannt wird, daß Melancholische, also Geisteskranke, sich einbilden mit dem Teufel einen „pact und contract“ geschlossen zu haben und „wegen großer Melancolia nicht wissen was sie thun, welche zerütte Sinne haben“ (vgl. Predigt II), so wird doch andererseits aufs subtilste eine Differentialdiagnose zwischen den verschiedenen Teufelszünften versucht und die Obrigkeit vor den Betrügereien des Satan gewarnt.

„Die Zauberer trachten darnach wie sie ihre Zauberkunst ausbreiten und unter die Leute bringen, daher der Vater seinen Sohn, die Mutter das Töchterlein, der Herr den Knecht, die Frau die Magd verführt. Solches kann von der Melancolia und Zerrüttung der Sinne nicht gedacht werden. Denn die Mängel und Gebrechen können nicht der Gestalt von einem auf den anderen gebracht werden.“ (Predigt II).

Die hier besprochene Kranke wäre in jenen Zeitläufen unfehlbar als verzaubert, als besessen betrachtet. Man hätte ihren Worten und ihrem Gebahren Glauben geschenkt und den Anschauungen der Zeit entsprechend alles aufgeboten, die ahnungslosen Weiber zu eruierten, welche an der Hexerei schuld waren, um dieselben zu bestrafen. Während einige Psychiater (*L. Meyer*) die Anschauung vertraten, daß Geisteskranke den eigentlichen Typus der Hexen darstellten und den Mittelpunkt der Hexenprozesse bildeten, so hat neuerdings *Otto Snell*¹⁾ nachgewiesen, daß die Geisteskranken, welche den Hexenprozessen zum Opfer

¹⁾ Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50, S. 534 ff., vgl. ferner die wichtige Arbeit von *Kirckhoff*: Beziehungen des Dämonen- und Hexenwesens zur deutschen Irrenpflege. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44, S. 329 ff.

fielen, eine verschwindend kleine Zahl bildeten. Dagegen veranlaßten Personen, welche an Psychosen und Neurosen litten, dadurch die vielen Hexenprozesse, daß man darnach trachtete, die Zauberer zu entdecken, welche imstande waren die psychischen Krankheiten, d. h. die Besessenheit hervorzurufen und ihre Mitmenschen an Leib und Seele zu schädigen. Da es bei der arbeitenden bäuerlichen Bevölkerung, welcher die hier besprochene Kranke entstammt, unumstößlich feststeht, daß Hexerei oder Zauberei psychische Krankheitszustände hervorrufe, so muß unter allen Umständen, optima forma, der Versuch der Entzauberung stattfinden. In diesem Falle verliefen die Bemühungen unserer einheimischen Besprecher, „der Bläser“, wie sie das Volk nennt, erfolglos, und die ärztliche Kunst wurde als höhere Instanz angerufen. Die Teufelsaustreibung der besessenen Geisteskranken geschieht in unseren Gegenden durch bestimmte Gebete, durch Handauflegen, durch Anwendung langer, dünner Glasröhren, welche, mit geheimnisvollen Zeichen versehen, den Geisteskranken in die Achselhöhle gelegt werden, oder durch Anhauchen und Anblasen. Es ist kulturhistorisch von Interesse, daß sich in unseren Landen beim Volke der Ausdruck „Bläser“ als gleichbedeutend mit „Besprecher“ noch erhalten hat. In Spanien unterschied man sogar die *Saludadores* und die *Ensalmaadores*, d. h. solche Personen, die durch Gebete, und solche, die durch Anhauchen heilten. Das Anhauchen und das Fortblasen der verschiedenartigsten Krankheiten ist ein uralter Gebrauch, und die Wirksamkeit dieser Manipulationen wurde noch in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts durch die Annahme einer magnetischen Kraft des Odems von den Ärzten der naturphilosophischen Schule als möglich erachtet und wissenschaftlich erörtert.¹⁾

In Deutschland und Österreich scheint bei Austreibung der Teufel gelegentlich ein handgreiflicher Exorzismus im Schwange. Ein Augenzeuge erzählt aus Clauzetto in Friaul²⁾ folgendes: „Das Haupt- und beweiskräftigste Mittel aber bestand offenbar in den Schlägen, welche hageldicht auf die Rücken der Armen niederfielen. Die Patienten zählten die Anzahl der Teufel,

1) *Passavant*: Untersuchungen über den Lebensmagnetismus usw. II. Auflage 1837.

2) *Irrenfreund*: Zur Therapie der Besessenheit 1879.

die sie in ihrem Körper beherbergten, und zahlten den Exorzisten für jeden ausgetriebenen Dämon 25 cent.“ Im Jahre 1896 wurde im Bezirk Hof ein angeblich Besessener gefesselt, die Teufelsaustreiber knieten auf dem Unglücklichen nieder und beteten mit lautem Gesang so lange, bis der Tod den Kranken erlöste¹⁾ Es sei ausdrücklich hervorgehoben, daß in den angeführten Fällen die Exorzisten Laien waren und keine Priester. Solange im Volke der Teufelsglaube lebendig ist und noch immer auf unseren Märkten bildliche Darstellungen von der Wirksamkeit des Teufels verkauft werden, wird auch der Exorzismus in irgendeiner Form aufgesucht werden. Das Volk verlangt bei der Behandlung aller Krankheiten und besonders in der Therapie der Psychosen „etwas von Zauberei“, und da in kirchlichen Kreisen durch das Dogma dämonomanische Vorstellungen gelehrt werden, so sind jederzeit einzelne Geistliche „um ihres Gewissens willen“ bereit, durch das Gebet die Dämonischen von den unreinen Geistern zu befreien und dem Volksglauben entgegenzukommen. Wir Ärzte müssen diese Weltanschauung zwar bekämpfen, aber auch andererseits versuchen, dieselbe vorurteilslos zu beurteilen. Sind wir auf dem Gebiete der Therapie nicht auch stündlich und täglich dem größten Aberglauben unterworfen? Ist die kritiklose Anwendung des Hypnotismus, „die hypnotische Seuche“, denn gar so weit von Exorzismus entfernt? Ist das gedankenlose Verschreiben von gefährlichen Reklamearzneien der großen Farbwerke etwa höher zu bewerten, als der Aberglaube des Volkes und der Priester, zumal es sich um die heiligsten Güter des Lebens, die Gesundheit des Leibes und der Seele handelt?

Ungeachtet aller Aufklärung und trotz des größten wissenschaftlichen Aufschwungs läuft der krasseste Aberglaube dem Wissen parallel, und der böse Blick und das Behexen haben keineswegs ausgespielt. Der Aberglaube liegt zu tief in der Natur begründet.²⁾ Das Streben nach der Erkenntnis, die Einsicht, daß unser Wissen Stückwerk und wir nichts wissen, befriedigt nur auserlesene Geister. Die Massen wollen tatsächliches Wissen und anerkennen keine Grenzen des menschlichen Könnens. Wie sich Faust bewußt der Magie ergibt, so tun es tausende und abertausende unbewußt und wandern herdenmäßig aus den Armen des Spiritismus in den Okkultismus, oder wie nun alle diese der Psyche so gefährlichen Wissenschaften heißen. Der Durchschnittsmensch, einerlei, ob gebildet oder ungebildet, will es nie glauben, daß wir in der Welt der „prästabilierten Harmonie“ leben, son-

¹⁾ Irrenfreund 1896: Eine Teufelsaustreibung.

²⁾ Vgl. Tiling: Individuelle Geistesartung und Geistesstörung; Grenzfragen des Nervenlebens 1904.

dern er konstruiert für sich, für seine eigene Person besondere Beziehungen zum Naturgesetz und den Naturgewalten, und da muß der Kobold oder der Hexenmeister aushelfen. Neben dem erworbenen sekundären wissenschaftlichen Besitz laufen uralte primitive Restvorstellungen, und alle Aufklärung und Kultur zerschellen an den ehrwürdigen Erinnerungen vergangener Jahrtausende und Geschlechter.

In neuester Zeit wurde von psychiatrischer Seite der Versuch unternommen, den mittelalterlichen Teufel- und Hexenglauben, „die Dämonomanie“, auf klinischem Wege zu ergründen und gewisse Zeitströmungen und das volkliche Denken bestimmter Epochen durch psychiatrische Begriffe und eine retrospektive irrenärztliche Betrachtungsweise dem modernen Verständnis näher zu bringen. Das war ohne Frage ein Mißgriff. Vom heutigen ärztlichen Standpunkte aus ist gewiß der Gedanke traurig und beschämend, daß Geisteskranke, sofern sie nicht völlig „in Melancholia versoffen“, als Besessene, als Zauberer und Hexen angesehen wurden, aber trotzdem erscheint es nicht berechtigt, die Anschauung jener Zeiten unter der Überschrift „Wahnideen im Völkerleben“ zu erklären und zu beschreiben. Alle Begriffe und alle Vorstellungen wandeln sich im Laufe der Jahrhunderte, und vieles erscheint den Epigonen im Lichte der Gegenwart wunderlich und erstaunlich. Ideen und Anschauungen, welche dem heutigen Empfinden widersprechen, dürfen ausschließlich aus ihrer Zeit heraus als Zeitströmungen verstanden werden. Historische Vorgänge sind nur an der Hand historischer Methoden zu erforschen, und es ist nicht statthaft, mit dem zeitgenössischen medizinischen Maßstab die Vergangenheit zu messen. Um nur ein Beispiel anzuführen, sei an das Auftreten der Jungfrau von Orleans erinnert. Alle Zeitgenossen waren darin einig, daß dieselbe mit der unsichtbaren Geisterwelt Beziehungen unterhalte. Die Parteien unterschieden sich nur darin, daß die Engländer meinten, die Jungfrau verkehre mit dem Teufel, mit bösen Geistern und wäre eine Hexe, während die Franzosen glaubten, sie verkehre mit guten Geistern und stehe im Dienste der Heiligen. Darf man nun aus dieser Tatsache, aus dem Geisterglauben jenes Zeitabschnittes folgern, daß das ganze Zeitalter von Wahnvorstellungen erfüllt war? „Das

wäre doch etwas zu stark“, schreibt *Hagen* mit Recht in seinen Studien auf dem Gebiete der ärztlichen Seelenkunde.¹⁾ Wir müssen danach streben, die Genese der sogen. „Wahnideen im Völkerleben“ aufzudecken, ihren historischen und volklichen Zusammenhang zu finden, aber beileibe nicht mit psychiatrischen Schulwertzeichen Völkerpsychologie treiben. Es erscheint in gleicher Weise verfehlt, in all den Fällen, in welchen im Laufe der Geschichte gewisse uns heute unverständliche Massenerscheinungen auftraten, von suggestiven Erscheinungen und von der Suggestibilität der Menschen zu reden. Da wir das Wesen der sogen. Suggestion nicht kennen, sondern nur ihre Wirkung studieren, so ersetzen wir Unbekanntes durch Unbekanntes und erliegen der Illusion, den Kern gewisser Zeiterscheinungen und Ideen durch die Anwendung eines modernen Begriffes zu begreifen und zu verstehen. Nach der landläufigen Definition bildet die Suggestion eine bestimmte Tendenz unseres Gehirnes zur Annahme der von außen gebotenen Vorstellungen und Gefühle. Woran es aber liegt, daß wir unter bestimmten Umständen suggestibel erscheinen, unter anderen nicht, warum unter gewissen Verhältnissen die negative Suggestibilität (*Bleuler*) wirksam ist, bleibt völlig unklar. Ob man daher für die Massenerscheinungen, welche unter dem Namen der Imitationsepidemien bekannt sind, diese ältere Bezeichnung beibehält und als Ursache die Nachahmung wieder zu Recht setzt, oder ob man den Begriff der Suggestion anwendet, ist im Grunde genommen dasselbe. Wir anerkennen die Tatsachen, aber bei dem heutigen Stande der Wissenschaften sind wir nicht in der Lage eine ausreichende Erklärung dieser Erscheinungen abzugeben.²⁾

Die Völkerpsychologie wird schon einmal nach dieser Richtung aufklärend wirken und die Bahn, welche ein *Herbart* der Psychologie wies, sich fruchtbar erweisen. Es ist nicht ausreichend, den Menschen als Einzelwesen zu untersuchen, und nicht immer angängig, Schlüsse aus der Individualpsychologie auf die

1) Erlangen, 1870. S. 87f.

2) Vgl. den sehr instruktiven Aufsatz von *L. Posadzy: G. Tardes, Gesetze der Nachahmung*, Beil. z. Allgem. Zeit. 1903, 73 – 75.

Psychologie der Massen zu übertragen. Die Berührung und die Mischung der verschiedenen Völker miteinander bringt es mit sich, daß die Gedankenreihen des einen Volksstammes ein anderes Volk beeinflussen und psychische Dispositionen entstehen, welche den Rassencharakter hervorbringen und erzeugen. Die Anschauungen entschwundener Zeiten überdauern unbeachtet ganze Epochen und erscheinen bei den Völkern selbst nach Jahrhunderten unerwartet, scheinbar unverständlich und bieten alsdann der Spekulation ein willkommenes Feld. Die Individualpsychologie muß, wenn anders ihre Resultate allgemeine Verwendung finden sollen, sich zu einer Psychologie der Rasse resp. der einzelnen Völker verdichten. Gewisse seelische Grundeigenschaften, „logische Denkgewohnheiten“, werden allen Menschen übereinstimmend zukommen, dagegen werden die Reaktionen auf äußere Vorgänge und die Stärke der Affekte bei den verschiedenen Völkern einen verschiedenen Charakter annehmen und eine gänzlich verschiedenartige Ausprägung darbieten. So erklärt sich die durchaus andersartige Beurteilung derselben Vorgänge bei den einzelnen Völkern, und wo der eine versucht sein könnte, „Wahnideen“ oder „Entartung“ anzunehmen, sieht der andere höchste Weisheit und größten Fortschritt. Ein lehrreiches Beispiel, wohin eine Vernachlässigung dieser Gesichtspunkte und eine Pseudopsychologie führt, bietet *Nordau* in seinem bekannten Werke: *Die Entartung*. In einen ähnlichen Fehler ist auch *Friedmann* verfallen, welcher neuerdings die Wahnideen im Völkerleben einem allseitigen, umfassenden Studium unterwarf. *Friedmann*¹⁾ versteht unter Wahnideen im Völkerleben Vorstellungen, welche in der geistigen Geschichte der Menschheit in großen und kleinen Kreisen eine starke Herrschaft ausübten und in der Folge sich teils grauenhaft und verderblich erwiesen, teils mehr lächerlich und kindisch uns anmuten. Die Herrschaft der Vorstellungen an und für sich bedeutet nach *Friedmann* eine starke psychische Kraft, und ohne daß eine Reflexion beteiligt zu sein braucht, drängt sie sowohl zu überzeugenden Assoziationen und Ideen als zu impulsiven

¹⁾ Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. S. VI u. VII, ferner Allg. Zeitschr. f. Psych. 52, S. 393 ff.

Handlungen. *Friedmann* übertrug die Resultate seiner Studien über die Beziehungen der pathologischen Wahnbildung zu der Entwicklung der Erkenntnisprinzipien, insbesondere bei Naturvölkern, auf die Völkerpsychologie und versuchte von diesem Gesichtspunkte aus per analogiam die Wahnideen im Völkerleben zu erklären. Wie bei den Völkern, welche auf einer primitiven Kulturstufe stehen, ohne logische Reflexion Urteile und Ideen gebildet werden und das „Primärurteil“ als solches wirksam ist, und sich alsdann die Suggestividee, die „Suggestivassoziation“ dazugesellt, so sollen ähnliche Vorgänge in der Psyche der Massen Wahnideen hervorrufen. Eine einseitige intellektualistische Psychologie läßt *Friedmann* die Rolle der Vorstellungen für unser inneres Leben überschätzen und die Willensvorgänge gänzlich vernachlässigen. Er betrachtet die logischen Urteils- und Schlußprozesse als Grundformen des psychischen Geschehens und leitet die subjektiven Gefühle, Triebe usw. aus Vorstellungen ab. Es folgt aus dieser Lehre, daß im Grunde genommen die Vorstellungen allein, d. h. die intellektuellen Vorgänge den Gehalt unseres subjektiven Lebens ausmachen, und das menschliche Seelenleben löst sich in eine bequeme Formel, in welcher die „Suggestionsdoktrin“ den Spiritus rector darstellt. In der Psychopathologie des Einzelindividuums läßt sich diese Anschauung noch fruchtbringend verwerten, zur Erklärung von Kollektiverscheinungen reicht sie nicht aus. Im Leben des Kranken gewinnt die Vorstellung auf die Entschlußfähigkeit und die Kraft zum Handeln einen bedeutend größeren Einfluß als im Leben des Gesunden. Das Spiel der seelischen Kräfte beim Gesunden ist ein so mannigfaches, daß entgegengesetzte innere Vorgänge die Gewalt der Vorstellungen hemmen und in ihren Wirkungen lahmlegen. Vom *Friedmannschen* Standpunkte aus könnte man schließlich die meisten Massenbewegungen als Wahnideen im Völkerleben abtun, denn welche Bewegung wäre nicht unter Umständen in ihren Folgen gefährlich oder lächerlich? Die religiösen Bewegungen aller Zeiten dürften konsequenterweise diese Beurteilung erfahren, denn wo hätten nicht Aberglauben und Fanatismus im Namen des Höchsten Unheilvolles gestiftet! -- Selbstredend spielten Geisteskranke und Psychopathen aller Art in den sogen. Volks-

krankheiten der Vergangenheit und der Gegenwart eine große Rolle. Sie konnten aber ihre Rolle nur dadurch durchführen, daß der Inhalt ihrer Wahnvorstellungen ihrer Volksgemeinschaft angepaßt war. Der Geisteskranke ist der Spiegel der Zeit, nicht umgekehrt. Daher darf man nur behaupten, daß Geisteskranke in Massenbewegungen eine Rolle spielen; die Bewegung an sich aber als wahnhaft zu deuten, ein solcher Schluß ist oft unzutreffend und falsch. Wo Geisteskranke und pathologisch Minderwertige sich unter Führung eines Gesinnungsgenossen zusammenschließen, entstehen harmlose religiöse oder soziale Sondergebilde, wie z. B. die sogen. Naturmenschen im Tessin, oder wir beobachten zumal unter dem Einfluß religiöser Ideen grauenhafte Auswüchse des Volksaberglaubens, wie sie in der Kriminalistik aller Länder und Zeiten vielfach bekannt sind. In allen ausschließlich von Geisteskranken geleiteten Bewegungen bleibt es bei einer einzelnen Gruppenbildung, Massenerscheinungen im großen treten nicht zutage. Die Massen werden durch diese Vorgänge wenig oder gar nicht berührt, und die vielen bekannten einschlägigen Beispiele gehören in das Kapitel des „induzierten Irreseins“, und sind wohl zu scheiden von den sogen. Volkskrankheiten und den psychischen Epidemien. Solange die Volksseele die Erscheinungen, welche sich in ihrer Mitte abspielen, nicht versteht, verlaufen derartige Herderscheinungen, wenn man so sagen darf, unbeachtet, und erregen höchstens das Interesse der Fachgelehrten resp. der Gerichte. Für die Massen gilt das Wort *Tardes*: ich ahme nur das nach, was ich verstehe.

Die Phänomene, welche als Wahnideen im Völkerleben beschrieben wurden, erfordern prinzipiell eine andersartige Betrachtungsweise. Der psychiatrische Rationalismus, und sei er auch noch so sehr von psychologischen Vorstellungen durchtränkt, muß diesen Fragen gegenüber beseitigt werden. Die Dämonomanie und ihre Folgeerscheinungen sind keine Wahnideen in dem Sinne, in welchem Geisteskranke Wahnideen produzieren, und es wäre logisch unrichtig, „eine falsche Analogie“. Erfahrungen der Einzelpathologie auf die Völker zu übertragen. Will man derartige Erscheinungen im Völkerleben bezeichnen, so rede man von Relikt- oder Restvorstellungen. Wie Relikten aus der Stein-

zeit, so ragen Anschauungen und Ideen aus grauer Vorzeit bis in unsere Tage, die uns Kunde bieten von dem Seelenleben und der Denkweise vergangener Welten. Es ist nicht nur die Aufgabe des Ethnologen und des Psychologen, die „Welt in ihren Spiegelungen unter dem Wandel des Völkergedankens“¹⁾ zu betrachten, sondern in erster Reihe muß der Arzt diese Denkrichtung akzeptieren, um sich vor Trugschlüssen zu schützen und dem Aberglauben gewappnet entgegenzutreten. Allein eine sorgfältige Kenntnis dieser Dinge befähigt ihn, den heimlich in allen Ständen gehegten Aberglauben seiner Klienten zu verstehen, nicht vor abstrusen Gebräuchen indigniert zurückzuweichen, sondern nach Kräften aufklärend zu wirken und seinen Beruf zu erfüllen. Wenn wir die Geschichte der Besessenheit²⁾ studieren, so ist es vom höchsten Interesse, daß die überlieferten Schilderungen der Zustände von Besessenheit sich häufig mit denjenigen decken, welche wir als Ärzte bei den hysterischen Anfällen beobachten. Die katholische Kirche bestimmte die Erscheinungen der Besessenheit in ihren Hauptzügen folgendermaßen: 1. Der Besessene reckt seine schwarze und geschwollene Zunge unnatürlich lang aus dem Munde heraus. 2. Sie weinen, ohne es zu wissen. 3. Auch wollen sie nicht sprechen, wenn man sie zum Reden zwingen will. 4. Sie klemmen die Zähne krampfhaft zusammen und verweigern die Nahrungsaufnahme. 5. Sie sagen vieles, ohne daß in ihren Worten Sinn zu finden wäre. 6. Sie werden von einem unnatürlichen Schlaf überfallen. 7. Sie rollen in fürchterlicher Weise die Augen. 8. Sie schlagen sich selbst mit Fäusten, zerreißen die Kleider und raufen sich die Haare aus. 9. Sie knirschen mit den Zähnen und schäumen wie die tollen Hunde. 10. Ihren Körper durchzuckt es wie ein feuriger Strahl. 11. Sie haben im Körper Gefühle wie Ameisenkriechen usw. 12. Sie fühlen beständig Schmerzen in einem Glied, und wenn über dasselbe das Zeichen des Kreuzes gemacht wird, so flieht der Schmerz in ein anderes Glied. 13. Wenn du unwissende, illiterate Menschen Geheimnisse auslegen oder Verborgenes eröffnen hörst,

1) Vgl. *A. Bastian*: Prolegomena zu einer Gedankenstatistik 1887.

2) Vgl. *Kiesewetter*: Die Geheimwissenschaften 1894.

wenn sie musikalisch singen, klopfen, prophezeien, in fremden Sprachen reden oder mit einem Wort allerlei Übernatürliches vollbringen, so sind dies zweifelloso Anzeichen der Anwesenheit des Teufels.

Wie man aus diesen Kriterien ersieht, sind es nicht nur die Bewegungsphänomene, welche die Anwesenheit des Teufels deklarieren, sondern vor allem unwillkürliche Lautäußerungen, welche untrüglich als teuflische, dämonische Manifestationen aufgefaßt werden. *Richer* konstatierte bei seinen Untersuchungen über die „grande Hysterie“, daß einige seiner Patienten im Gegensatze zu ihren gewöhnlichen Anfällen Zustände zeigten, welche einen ausgesprochenen dämonischen Charakter trugen. Die Kranken schrieten, heulten wie Tiere, zerfleischten sich das Gesicht usw., so daß bei dem naiven Beschauer wohl der Eindruck entstehen konnte, die Kranken wären von einem bösen Geist besessen. Bei den Patienten *Richers* fehlte das somnambule halluzinatorische Stadium, in dem das Individuum sich vom Teufel besessen wähnt und in dessen Namen redet. In den älteren Beschreibungen der Besessenen tritt das somnambule Stadium stärker hervor, weil die Befallenen, wie *Richer* richtig bemerkt, in jenen Zeiten stärker von der Existenz eines persönlichen Teufels überzeugt waren als heute. Das Auffallende und scheinbar Unerklärliche bei den hysterischen Vorgängen ist der Widerspruch zwischen dem Verlust des Bewußtseins und den selbständigen, gleichsam automatischen Lautäußerungen resp. Handlungen der Kranken. Wir dürfen uns bei den hysterischen Zuständen den psychologischen Zusammenhang dieser Erscheinungen und deren Genese ähnlich vorstellen, wie bei der Patientin, welche den Ausgangspunkt dieser Auseinandersetzungen bildete. Während bei unserer Patientin die motorischen Begleiterscheinungen der psychischen Störung sich allmählich entwickelten und das Bewußtsein erhalten war, so treten bei diesen Kranken die motorischen Erscheinungen plötzlich in den Vordergrund, und das Bewußtsein verschwindet. Die Zentren, welche den Bewegungsvorstellungen dienen, arbeiten in diesem Ausnahmezustand, dem sogen. Trance, selbständig, und alles das, was das Individuum während des Wachens oder Träumens erlebte, wird nun unabhängig vom Bewußtsein in motorische Vorgänge umge-

setzt. So entstehen die spontanen Laut- und Schriftäußerungen, welche anscheinend mit dem Leben und Treiben, mit der Stellung der Betreffenden in gar keinem Zusammenhange stehen, und deren Aufdeckung den größten Scharfsinn erfordert. Das Gehirn reproduziert während des Trance trotz des Bewußtseinsverlustes eine Reihe von Dingen, welche, im bewußten Zustande vom Individuum vergessen, nun während der Anfälle lebendig werden und zum Staunen aller Beteiligten aus der Tiefe der Erinnerung hervortauchen. Berühmt ist der Fall von *Forbes-Winslow*, in welchem ein ungebildetes Dienstmädchen während eines Trancezustandes große Abschnitte der Bibel mit Kommentaren im Urtexte hersagte. Die Nachforschung ergab, daß das junge Mädchen einige Jahre vorher im Hause eines Geistlichen gedient hatte, welcher die Gewohnheit besaß, nachts hebräische Texte laut zu rezitieren. Das Mädchen schlief neben dem Studierzimmer des Geistlichen, und ihr Gehirn hatte wie ein Phonograph die fremdartigen Laute aufgenommen, um diese in einem geeigneten Augenblick, unter veränderten Lebens- und Bewußtseinszuständen wiederzugeben. Dieser Fall zeigt die typischen Charaktere der Besessenheit, welche in alter und neuerer Zeit immer wieder in der gleichen Weise geschildert werden. So schreibt *Melanchthon*¹⁾ „er habe ein besessen Weib in Sachsen gesehen, welches weder schreiben noch lesen kont und gleichwol Griechisch und Latinisch redet auch den grewlichen Krieg in Sachsen mit diesen Worten vorsaget *ἔσται ἀνάγκη ἐπὶ τῆς γῆς καὶ ὁρμὴ ἐν τῷ λαῷ τούτῳ*: Das ist: es werde in diesem Land große Not und ein große Zerrüttung und wild wäsen im Volk sein.“ Diese unbewußten Mehrleistungen erwecken immer wieder den Eindruck, es bestehe eine Spaltung des inneren Menschen, welche durch dämonische Einflüsse bedingt sei, und in jedem neuen Falle von Katalapsie oder Trance stoßen wir auf die eingangs aufgeworfene Frage, ob wir es in solchen Zuständen doch nicht mit Manifestationen übersinnlicher transzendentaler Gewalten zu tun haben. Es ist nicht zu leugnen, die

¹⁾ De magorum daemonomania cap. VI, von besessenen Leuten auß Französischer Sprach des Bodinus in Teutsche gebracht durch *J. Fischardt*, Straßburg 1591.

Erklärung der pathologischen Mehrleistungen und das Reden in fremden Zungen stößt oft auf die größten Schwierigkeiten, und derartige Erzählungen, wie die eben angeführte aus dem Leben des *Melanchthon*, bilden eine Hauptwaffe der Anhänger der okkulten und dämonomanischen Lehre im Kampfe um ihre Weltauffassung. Das Studium der Kryptomnesien hat auch für diese altbekannten Vorgänge den Schlüssel geliefert und endgültig den Beweis erbracht, daß wir es in all diesen Fällen mit psychologischen Vorgängen zu tun haben, die in uns selbst entstehen, ohne daß man genötigt wäre zu einer transzendentalen Erklärung seine Zuflucht zu suchen und dämonomanische oder okkulte Kräfte als Ursache dieser Erscheinungen anzuschuldigen.¹⁾ Stellt man sich auf den Stand der kirchlichen Orthodoxie, so ist in diesen Fällen der Einfluß einer bösen Geisterwelt erwiesen und an der Besessenheit durch den Teufel nicht zu zweifeln. Die Wirksamkeit des Teufels offenbart sich nicht nur in leiblichen Krankheiten, bei Epidemien, Unglücksfällen, Naturereignissen usw., sondern vor allem in den Geisteskrankheiten, welche zwar von Gott verhängt sind, aber vom Teufel ausgeführt werden. „Also wenn Jemand in der Pestilenz stirbt, ersäuft, zu Tode fällt, das tut der Teufel.“ (*Luther*). Die dogmatische Bedeutung der Satanologie, schreibt *v. Oettingen*²⁾, ergibt sich nicht bloß aus dem Zeugnisse Christi, sondern auch aus der Erfahrung des heißen Kampfes wider die geistig dämonische Macht der Sünde, sowie aus der Beobachtung der furchtbaren Gesetzmäßigkeit in dem bis zum Antichristentum und zur Selbstvergötterung sich steigernden Wachstum gottfeindlicher Geistesmächte. Wir dürfen uns das Besessensein durch den Dämon etwa so vorstellen, wie den Zustand des Magnetisierten durch den Magnetiseur.³⁾ In dem Glauben an die Satanologie und die Besessenheit berühren sich die Katholiken und die Protestanten, und die katholische Lehrmeinung unterscheidet sich in keiner Weise von der protestantischen. Nach katholischer

1) Vgl. aus der älteren Literatur besonders *Benedikt*: Die psychischen Functionen des Großhirnes, Wiener Klinik 1875, ferner *Jung*: Zur Psychol. u. Pathol. okkultur Phänomene, 1902, S. 110ff., daselbst die neuere Literatur.

2) *Lutherische Dogmatik* (Erlangen 1900) II.

3) *Delitsch*: Handwörterbuch d. Bibl. Altertums.

Auffassung¹⁾ ist die Besessenheit eine von Gott zugelassene Herrschaft des Teufels über die leibliche Seele (die Substanz der Seele ist dem Satan unzugänglich), aus welcher ein gewaltsames und quälendes Eingreifen in die menschlichen Tätigkeiten, Vermögen und Organe hervorgeht. Leugne man die Existenz der bösen Geister, so trotze man dem Glauben aller alten Völker, denn es könne kein haltbarer Grund wahrscheinlich gemacht werden, daß die bösen Geister keine Macht auf die Körperwelt ausüben.

Es ist äußerst interessant und des Nachdenkens wert, daß der Glaube an den Teufel sich durch Jahrtausende bis in die Gegenwart hinein erhalten hat und noch immer im Lehrgebäude der Kirche Platz findet. Und doch gehört die Satanologie in keiner Weise zum eisernen Bestande des Christentums, wie schoff weiter oben auseinandergesetzt wurde (S. 14). Der Römerbrief, dieses wichtige Dokument der christlichen Lehre, erwähnt den Satan nicht, und weder Christus noch die Apostel haben eine neue Lehre über den Teufel aufgestellt oder die Vorstellung vom Teufel in die Heilsordnung verflochten. Keineswegs bedeutet der Teufelsglaube eine Bedingung des Glaubens an „Gott oder Christentum“ wie viele allzu eifrige Verkünder des Wortes uns glauben machen. Die Frage über das Dasein des Teufels ist, wie *Schleiermacher*²⁾ hervorhebt, keine christlich theologische, sondern nur im weitesten Sinn des Wortes eine kosmologische, ganz gleich der über die Natur des Firmamentes und der Himmelskörper. *Kaftan* sagt in seiner Dogmatik:³⁾ „eine Lehre läßt sich über den Satan so wenig wie über die Engel aufstellen, da der Glaube nichts darüber zu sagen weiß und auch für die dogmatische Erklärung des Bösen nichts damit gewonnen wird.“ Obgleich streng genommen die Dogmatik rein wissenschaftlich in keiner Weise eine Lehre über den Teufel und seine Wirksamkeit aufstellen kann, so sind doch diese Vorstellungen so tief mit dem Gemütsleben und dem Empfindungsleben der Gläubigen verwachsen, daß selbst ein so moderner Theologe wie *Kaftan* sich gezwungen sieht

¹⁾ Lexicon d. kathol. Theologie, Freiburg 1883.

²⁾ Der christliche Glaube § 44, 45; ferner *Runze*: Dogmatik, Leipzig 1898.

³⁾ 1897 S. 348 ff.

den einschränkenden Nachsatz hinzuzufügen: „dies ganze Gebiet muß der unmittelbaren Vorstellungswelt der Frommen überlassen bleiben.“ Aus dieser wird der Gedanke des Satans um der Schrift willen nicht verschwinden, und es wäre vermessen, ihn hier beseitigen zu wollen. Da nun aber die Schrift trotz des Widerspruchs vieler Theologen bei dem größten Teile der Bibelleser als Autorität in allen Fragen des menschlichen Wissens und der Wissenschaft angesehen wird, so erfüllt die Satanologie und die Besessenheit durch Dämonen noch heute die Vorstellungswelt vieler Frommen, und im Hinblick auf diese Autorität treten medizinische und naturwissenschaftliche Erfahrung und Beobachtungen völlig in den Hintergrund. *P. Oern*¹⁾ hat neuerdings eine sehr lehrreiche, interessante Kasuistik über die Besessenheit veröffentlicht, welche einen tiefen Einblick in die biblisch-medizinische Denkweise dieser Kreise gestattet. Der Autor ist weit entfernt, die Resultate der wissenschaftlichen Psychiatrie gering zu schätzen, im Gegenteil er ist bestrebt, seinen Gegenstand und seine Beobachtungen von den rein psychiatrischen Erfahrungen zu trennen und differential-diagnostische Kriterien aufzustellen. Vor allen Dingen sieht er sich genötigt, die Behauptung als „unbegründet und hinfällig“ zurückzuweisen, als käme die Besessenheit heutzutage nicht mehr vor.²⁾ Das Charakteristischste der Besessenheit sei seiner Meinung nach „ein mehr oder weniger deutlich zu unterscheidender fremder Wille, der sich zwischen Leib und Seele des Kranken gedrängt hat, immer auf Beunruhigung, Vernichtung und Zerstörung des Menschen abzielend, gegen Christus und sein Wort sich oppositionell verhaltend, dem gegenüber oder neben oder unter dem man den Willen des eigenen Ich erkennen und vernehmen kann.“ Die Besessenen sind nicht immer diejenigen, welche sich dafür ausgeben, „nicht die sogenannten religiös Zurückten“, sondern Menschen, in deren Reden und Phantasien der Teufel gar nicht vorkommt. Von diesem Standpunkte aus könnten wir konsequenterweise alle Hemmungszustände, alle katatonischen

¹⁾ Mitteilungen u. Nachrichten f. d. evangel. Kirche in Rußland. Bd. 48.

²⁾ Vgl. die ähnlichen Anschauungen (in d. Realenkyklop. f. protest. Theologie) von *Ebrard*. Bd. III S. 451.

Krankheitsbilder als Besessenheit ansprechen, und in der Tat lassen die Schilderungen des Autors vermuten, daß ihm Ähnliches, natürlich unbewußt, vorschwebte. Den Negativismus, die Opposition gegen religiösen Zuspruch usw. deutet er als fremden Willen, als fremde, satanische Macht. Er schreibt: „Ein entsetzlicher Geisteskranker steht mir noch eben vor Augen. Wie ein verprügelter Hund lag er auf seinem Bette, zur Wand gekehrt, zusammengekauert. Alle Überredung, er möge sich doch umkehren, half nichts. Ich suchte mit ihm zu sprechen, er antwortete nicht, ich ließ ihm die Hände falten, er riß sie mit Gewalt auseinander. Ich sprach ihm, seine Hände in den meinen haltend, Jesu Namen vor, mahnte und bat, er möchte doch nur diesen Namen nachsprechen, nach langem vergeblichen Zureden stieß er ein gepreßtes: „ich kann nicht“ heraus. Das Bild eines von Dämonen gebundenen, gesklavten Menschen kauerte er vor mir.“ Zur Besessenheit im kirchlichen Sinne gehören weiterhin alle Zustände, welche eine Spaltung der Persönlichkeit darbieten, alle Bewußtseinsstörungen, welche unbewußte Mehrleistungen wie z. B. das Reden in fremden Sprachen aufweisen, und endlich alle diejenigen Ausnahmestände, deren Intellekt nach irgend einer Richtung hin noch erhalten ist. Der völlige geistige Zerfall oder „wirre unzusammenhängende Phantasien“ bilden die Zeichen der wahren eigentlichen Geisteskrankheit. „Den wunderlichen Zwiespalt zwischen Tun und Wollen,“ die feineren seelischen Abweichungen und Anomalien könne man unmöglich als Geisteskrankheit bezeichnen. Anerkenne man eine unsterbliche Seele im Menschen, so verbiete sich diese Auffassung von selbst. „Was nicht sterben kann, kann nicht krank werden.“ Die altlutherische Auffassung von der Besessenheit und der Wirksamkeit des Teufels, wie sie die Reformatoren, insonderheit ein Luther, lehrten, haben sich in den orthodoxen Kreisen des Protestantismus lebendig erhalten, und wenn auch nicht ausgesprochen, so gilt frommen, gläubigen Herzen noch heute, wie vor Jahrhunderten: wer nicht „in Melancolia ersoffen“, ist von Dämonen besessen, oder durch heimliche Zauberei in Satansnetzen gefangen.¹⁾ Wenn Männer von solcher Bedeutung

¹⁾ „Gänzliche Blindheit hat diese Zustände für Melancholie usw. gehalten,

und nachhaltiger Wirksamkeit wie *P. Blumhardt* († 1880) durch ihre Lebenserfahrungen in dem althergebrachten Glauben an die Besessenheit und die Zauberei bestärkt werden und denselben öffentlich verkünden, darf es da wundernehmen, daß diese anscheinend überwundene Weltanschauung tausende und abertausende heimliche Anhänger zählt? Die Krankengeschichte der Gottliebin Dittus „die Teufelsaustreibung in Möttlingen“²⁾ ist noch in diesem Jahr neu aufgelegt und findet ihre Leser.

Mit Kopfschütteln und mit Staunen erfahren wir von „der Pestilenz, die im Finstern schleicht,“ von der Zauberei, die im Dorfe Möttlingen von einzelnen Gemeindegliedern getrieben wurde, und welche Macht der Teufel und seine Dämonen über die Seelen gewannen. Wir lesen, wie hunderte Dämonen die unglückliche Dittus folterten und Krampfstöße und Beschwerden aller Art in ihrem Innern erzeugten, wie Mittwochs und Freitags „geisterliche Gestalten“ die Kranke so quälten, daß schmerzliche Blutungen eintraten. Nach den Angaben einer Stimme, welche aus dem Innern der Gottliebin Dittus erschallte, verließen an einem einzigen Tage hunderte von Dämonen die Unglückliche. Die Stimme schrie: „Du vertreibst uns doch noch! Wehe! Alles ist verspielt! Unser sind 1067 und derer die noch leben sind auch viele! Der ganze Bund geht auseinander, du bist schuld mit deinem ewigen Beten.“ Zwei Jahre dauerte der ungleiche Kampf zwischen *Blumhardt* und dem Teufel. Endlich siegte die Macht des Gebets, und der Satansengel verließ unter fürchterlichem Geschrei „Jesus ist Sieger“ sein Opfer. Nach diesem Siege über den Teufel lebte die Gottliebin frei von ihrem Gebrechen (eine hohe Seite, ein kurzer Fuß, ein Magenübel usw.) im Hause *Blumhardts* und war ein Muster von Einsicht, Liebe und Geduld.“ Mit freudigen Dankesworten berichtet *B.* in seiner Lebensgeschichte diese „Gebetserhörung“, und die Schöpfung der Heilstätte in Bad Boll ist die direkte Folge seiner Erlebnisse und Erfahrungen.³⁾

Die Satanologie hat sich besonders beim Landvolk lebendig erhalten und eine Predigt vom Wirken und Schalten des Bösen findet auf dem Lande stets aufmerksame Ohren und dankbare Zuhörer. Wer das Landvolk kennt, wird es auch ohne weiteres

wer aber nur einmal einen Besessenen gesehen hat, ist nicht im Zweifel über den Grundunterschied, welcher zwischen Besessenen und Wahnsinnigen stattfindet.“ (*Vilmar*) cf. *Kirchhoff* a. a. O. S. 391.

²⁾ Berlin 1905.

³⁾ *Blumhardt*, Ein Lebensbild von P. Zündel 1882, ferner *Bresler*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 53. S. 333: Kulturhist. Beitrag zur Hysterie.

verstehen, daß die Satanologie eine so große Rolle im Denken und Wollen desselben einnimmt. Die kosmologischen Anschauungen des Bauern entwickeln sich in denkbar engstem Rahmen, und das geistige Leben desselben verläuft einförmig innerhalb der Pole Tag und Nacht, hell und dunkel, gut und böse. Der ewige Kampf mit einer störrischen unholden Natur erzeugt Mißtrauen, übertriebene Vorsicht und stützt die diabolische Reliktvorstellung und den Glauben an geheimnisvolle Kräfte und dunkle Gewalten (Zauberei). Da die Religion in den ländlichen Verhältnissen eine bedeutend größere Rolle spielt als in den Städten, so ist es eigentlich selbstredend, daß die typischen Fälle von Besessenheit und Zauberei in der Gegenwart sich fast alle auf dem Lande zutragen, wo die Umgebung der Kranken den Glauben an Dämonen und ihre Zaubergewalt lebendig bewahrte.

Während, wie gesagt, die Satanologie beim Landvolk vorherrscht und zu den primitiven Uranschauungen und Vorstellungen der Vorzeit zurückleitet, so beobachten wir in den Städten und speziell in den gebildeten Bevölkerungsschichten ein bedeutendes Zurücktreten dieser Lehre, dagegen eine stetige Zunahme der okkulten Wissenschaften und die Ausbreitung einer transzendentalen Mystik. Beide Anschauungen, die Satanologie und die transzendente Mystik haben das Gemeinsame, daß ein Hereinragen einer übersinnlichen Welt in die unsrige gelehrt wird. Bei der Satanologie handelt es sich in der Hauptsache um eine objektive, wahrnehmbare, feindliche Aggression des Menschen durch den „Fürsten der Welt“ und seine dienstbaren Geister. Dagegen tritt im Okkultismus der Mensch als solcher in den Mittelpunkt der Betrachtung, und die Beeinflussung des leiblichen Menschen durch das transzendente Subjekt bildet den Kern dieser Lehre.¹⁾

Der Mensch lebt gleichzeitig im Diesseits als irdischer Mensch und im Jenseits als transzendentes Subjekt. Das Diesseits und das Jenseits sind nicht räumlich getrennt, sondern durch die „Empfindungsschwelle“ geschieden. „Das Jenseits ist das anders angeschaute Diesseits.“ Ausnahmsweise, z. B. im Somnambulismus, werden uns die Kräfte und Fähigkeiten des transzendentalen Subjekts bewußt, und wir können die Spaltung des Menschen in die

¹⁾ Vgl. die Schriften von *Du Prel* in der Zeitschrift *Sphinx*, ferner das Rätsel des Menschen und die monistische Seelenlehre desselben Autors.

irdische und die transzendente Hälfte objektiv wahrnehmen und experimentell untersuchen usw. Die magischen Kräfte des transzendentalen Subjekts entwickeln sich nach verschiedenen Richtungen, einerseits als die Magie der Erkenntnis, als übersinnliches Bewußtsein (Fernsehen der Somnambulen), anderseits als die Magie des Willens. Die Magie des Willens offenbart sich als schädigende, schwarze Magie im Zauber- und Hexenwesen, als weiße wohltätige Magie in der religiösen Mystik der Heiligen und Propheten. Wie ein Magnetiseur imstande ist auf eine mit ihm in Rapport stehende Kranke aus der Entfernung einzuwirken, so kann auch der Zauberer und die Hexe durch ihren bösen Willen schaden und durch Aussendung des Astralleibes Zauberei und Besessenheit hervorbringen. Das Wirken des Satans verdichtet sich somit im Okkultismus zum magischen Wollen des transzendentalen Subjekts, und alle Erscheinungen, welche im Gefolge der Satanologie auftreten, beruhen nach dieser Auffassung auf der Spaltung des Subjekts und der Erweckung der individuellen mystischen Kräfte.

Obwohl die Kirche die okkulte Lehre bekämpft und den Astralleib und die Wirkungen des transzendentalen Subjektes leugnet, so ist doch anderseits nicht zu verkennen, daß die okkulte Philosophie und die Anschauung einzelner kirchlicher Kreise sich decken und mehrfach berühren. *Blumhardts* Ansichten über die Natur der Dämonen erinnern an spiritistische Vorstellungen. „Ja was sind denn die Dämonen?“ fragt er in einer Predigt über Lukas 11, 14—28 und beantwortet die Frage, „das sind abgestorbene Menschen, die auch Leben und Seligkeit wünschen, aber noch unter Teufels Gewalt sind.“ Was lehrt der Spiritismus? Er lehrt, daß die Geister der Verstorbenen in sichtlicher Weise in unsere Welt eingreifen und handeln. Die Klopffeister der medial veranlagten Gottlieb Dittus, wie man heute sagen würde, sind homolog den Geistern, welche im Spiritismus wirken, und die Leidensgeschichte in Möttlingen unterscheidet sich in Nichts von den zahlreichen gleichlautenden spiritistischen Schilderungen und Darstellungen. Die Dämonen, welche auf der ersten Irrenseelsorgerkonferenz eine so große Rolle spielten, entsprechen den kosmischen Lebewesen des alten und neuen Okkultismus. Wie es auf Erden gute und böse Tiere gibt,¹⁾ so leben auch in der jenseitigen Welt gute und böse Geister, und die dämonischen Mächte, welche in unser irdisches Leben so zerstörend eingreifen,

¹⁾ Vgl. *E. Reich*: Physiologie d. Magischen, 1890.

repräsentieren das magische Wollen feindlicher jenseitiger Kräfte, welche imstande sind Besessenheit und Geisteskrankheit hervorzurufen und zu erzeugen.

Der Glaube an die Besessenheit ist nicht nur in kirchlichen Kreisen, sondern auch unter den Anhängern einer okkulten Philosophie weit verbreitet. Die Okkultisten anerkennen alle Tatsachen der Besessenheit, aber nur insoweit, als darunter eine Spaltung des Ichs verstanden wird, verbunden mit verschiedenartigen somnambulen und mediumistischen Zuständen.¹⁾ Da in der Gegenwart durch die Wiedergeburt des Okkultismus Vorstellungskreise aufleben, welche ehemals in der Kirche gang und gäbe waren, da die Anschauungen der Reformatoren und der altlutherischen Theologen über Krankheit, Divination usw. den kosmologischen Vorstellungen des Okkultismus gleichen, so ergibt sich als notwendige Folge, daß strenggläubig gesinnte Diener der Kirche unter dem unbewußten Einfluß einer mystischen Zeitströmung die alte Anschauungsweise über die makrokosmische und mikrokosmische Welt sich zu eigen machen, und die Satanologie vergangener Zeiten vor den erstaunten Augen des Zeitgenossen emportaucht und auf Anerkennung pocht. Es ist nicht zu leugnen, wir Ärzte befinden uns diesen Kulturströmungen gegenüber in einer sehr schwierigen Lage. Unsere Stellung wird sowohl von seiten der Kirche, als auch des Okkultismus angegriffen, und trotz der Vertiefung des psychiatrischen Wissens gedeihen die transzendente Mystik und transzendente Heilbestrebungen. Die kirchlichen Heilbestrebungen umfassen ein großes Gebiet der Psychiatrie, und ganze Krankheitsgruppen wurden in bezug auf Ätiologie und kausale Therapie der Seelsorge unterstellt. Der Diener der Kirche hat die Pflicht, an den besessenen Geisteskranken Seelsorge zu treiben und durch das Gebet an das „unterworfene Ich“ anzuknüpfen, damit durch Gottes Gnade „dem gebundenen Geiste“ zur Freiheit verholfen werde. „Die Ärzte“, sagt Luther, „betrachten in Krankheiten nur allein die natürlichen Ursachen . . . aber sie bedenken nicht, daß der Teufel ein Treiber

¹⁾ Ähnlich äußert sich auch *Perty*: Die mystischen Erscheinungen der menschl. Natur I, S. 348. Vgl. *Kieseewetter* a. a. O. S. 664 ff.

ist der natürlichen Ursachen in der Krankheit . . . Darum muß eine hohe Arznei sein, so sie helfen soll, nämlich der Glaube und das Gebet.“ Was verschlägt es, wenn *Öttingen* als Dogmatiker seine theologischen Gesinnungsgenossen vor „allzubestimmtem Auftreten“ in medizinischen Dingen warnt, wenn er anderseits diese Fragen für die ethische und religiöse Selbstbeurteilung des Christen von zentraler Bedeutung erachtet?

Folgen wir den Anhängern der Dämonenlehre und der Satanologie, so enthält das Wort Gottes die Kraft, Dämonen zu vertreiben und von Krankheiten zu befreien. „Denn es heilete sie weder Kraut noch Pflaster, sondern dein Wort, Herr, welches Alles heilet“ (Weisheit Salomonis 16, 12). Der Nachdruck liegt auf dem Wort. Es ist nicht so sehr das Gebet als Erhebung zum Höchsten, sondern es ist das Wort, welchem die heilkräftige Wirkung zukommt. So bemerkt der Philosoph Franz von Baader:¹⁾ der Name Jesu hat im neuen Bunde dieselbe Bedeutung, als der Name Jehovah im alten hatte, und nicht im Hersagen, sondern im gläubigen Anrufen äußert er seine wundertuende Macht, insofern er sich im Anrufenden und durch ihn selber ausspricht. Die Bedeutung des Wortes spielte auch im Exorzismus eine große Rolle, und nach Ansicht der Exorzisten genügte die bloße Anrufung des Namens Christi, um die bösen Geister zu vertreiben.²⁾ Die Macht des Wortes im Munde gottbegnadeter Männer und die Erinnerung an zahlreiche Wunderheilungen, welche durch kräftige Worte zustande kommen, ist im Volke so lebendig erhalten, daß in allen schwierigen Lebenslagen Zauberworte und abergläubische Formeln Verwendung finden. Die Kirche verwirft diese sogenannten sympathischen Mittel und Kuren als Aberglauben, und ein *Blumhardt* steht nicht an, die Heilerfolge, welche auf diesem Wege zustande kommen, als Zauberei und Finsternis und Blendwerk des Satans zu erklären. Und doch sollten die Erfolge der sympathischen Kuren einem jeden die Augen öffnen, daß der Gang und das Zustandekommen der Heilung in solchen Fällen ein anderes ist,

¹⁾ Vgl. Blätter aus Prevorst VI, S. 72.

²⁾ Der berühmte *P. Gaßner* exorzisierte Besessene durch Handauflegen und den Machtspruch „cesset“.

als viele Theologen es sich vorstellen, und auf psychotherapeutischem Wege zu erklären ist. Die Gebetsheilung und die Gebetserhöhung spielten schon im Neuplatonismus eine große Rolle, und Plotinus versuchte eine Erklärung der Gebetserhöhung. Da im Weltganzen jedem Wesen seelische Kräfte innewohnen und infolgedessen jedes von allem verwandten sympathisch berührt wird, so steht dem nichts im Wege, daß auch die Bewegung des Betenden sich sympathisch nach oben fortpflanzt und eine entsprechende Wirkung von seiten des Himmelskörpers hervorruft, an welchen das Gebet gerichtet ist.

Das Wesen des Gebetes hat mit der Therapie nichts zu schaffen, und Beschwörungsformeln zur Abwehr und Vernichtung der Dämonen widersprechen dem Geiste des Betens. „Das zwingerische Beten“, das Verlangen nach Wundern und Heilung von Krankheiten in grobsinnlicher Weise wird von allen Denkenden verworfen, und die Gebetserhöhung im kirchlichen Sinne ist nicht gleichlautend mit der Gebetsheilung. Der fromme Glaube hat die Gewißheit, daß „auch der stumme Seufzer nicht ungehört zum Himmel aufsteigt, aber wie Gott die Gebete erhören will, das müssen wir ihm überlassen.“¹⁾

Eine vergeistigte Religiosität wird sich die Gebetserhöhung stets auf die Sphäre des geistigen Lebens beschränkt denken und nicht verlangen, daß zu des Betenden Gunsten ein unmittelbares Eingreifen Gottes in den Ablauf der Naturvorgänge notwendig stattfinden muß.

Einer der ersten, welche den Exorzismus in seiner psychotherapeutischen Bedeutung klar erkannte und die Gebetsheilung der Besessenen von diesem Gesichtspunkte aus erklärte, war Prof. Hoppe in Basel.²⁾

In Anlaß eines Falles, in welchem zwei besessene Kranke durch das Gebet geheilt wurden, schreibt er in einer uns heutzutage so geläufigen Denkweise die bemerkenswerten Worte: „Ich erkenne dabei an, daß der katholische Exorzismus der Geistlichen die beschriebenen beiden Knaben geheilt hat, nicht durch sogenannte Teufelsaustreibung, sondern durch psychische

¹⁾ Luthardt: Apologie des Christentums Bd. III.

²⁾ Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 45, S. 277: Der Teufels- und Geisterglaube und die psychol. Erklärung d. Besessenseins.

Heilung des kranken Gehirns und Nervensystems, so daß das Gebet, das hier half, auch in anderen geeigneten Fällen helfen und die nötige religiöse Umstimmung erzeugen würde.“

Solange man die Geisteskranken als Besessene betrachtet, so lange kann man die Heilung derselben durch das Gebet sich nur grobsinnlich vorstellen, sei es im Sinne des Exorzismus, als Abwehr der Dämonen durch das heilige Wort, sei es im Sinne des Strenggläubigen als direkte Folge des Gebets zu Gott: „daß er mich mußte erhören, so anders ich seinen Verheißungen trauen sollte.“ Ungleich höher als diese grobsinnliche Vorstellung des Gebets steht die Gebetsauffassung der Gesundbeter der „Christian science“, welche, losgelöst von Dämonenglauben und der Satanologie, die Heilung aller Gebrechen auf rein geistigem Wege erklären. Mistress Eddy lehrte, die Existenz des organischen Leibes wäre eine Illusion und der menschliche Organismus eine spirituelle Schöpfung des menschlichen Geistes. Der göttliche Geist allein besitze die Macht über den Körper. Vereine sich der göttliche Geist mit dem menschlichen im Gebete, so müsse die Heilung eintreten und die Krankheit weichen. In ähnlicher Weise erklären die Okkultisten die Gebetserhörung durch eine magische Verbindung der Seele während des Gebetes mit dem großen unbekannten Sein, welches wir Gottheit nennen. In beiden Fällen wird der Schwerpunkt der Gebetserhörung nicht in das Wort verlegt, sondern es handelt sich um einen spiritualistischen, mystischen Vorgang, welcher an die sympathetische Gebetserhörung des Plotinus erinnert.

Doch nicht nur in kirchlichen Kreisen galt die Anschauung von der Heilkraft des Gebetes, sondern auch die Ärzte der süddeutschen naturphilosophischen Schule, besonders *Justinus Kerner*, waren von der magischen Heilung Besessener durch das Gebet und den im festen Glauben ausgesprochenen Namen Jesu tief überzeugt. Ja *Eschenmayer*¹⁾ ging so weit, daß er den Wunsch aussprach, die Gemeinden sollten sich auf diese Weise der Geisteskranken annehmen und dafür Sorge tragen, daß überall Geistliche zur Stelle wären, die imstande seien „sich auf

¹⁾ Vgl. *J. Kerner*, Nachricht von dem Vorkommen des Besessenseyns 1836.

die christlichste Weise Geisteskranker anzunehmen“ und durch magisches Wirken und Gebet zu heilen. Darf man hoffen, daß derartige Anschauungen verschwinden, und daß das Gebet als solches in sein Recht tritt und ohne dämonomanische und mystische Hintergedanken emporsteigt? Darf man hoffen, daß die Vorstellung von der Besessenheit als substantieller Einwohnung des Dämons endlich weicht und sich in den allgemeinen Begriff der Psychose auflöst? Die Stimmen einzelner aufgeklärter Seelsorger, welche die Besessenheit als psychische Erkrankung auffassen, sind die der Prediger in der Wüste. Die mystische Zeitströmung ist der dämonomanischen Lehre günstig, und bei der Zähigkeit des Menschen, das Althergebrachte zu glauben, ist die Hoffnung gering, daß der Glaube an die Besessenheit je erlischt. Es wäre für die Ärzte in der Praxis unseres Erachtens ein großer Gewinn, wenn die katholische Auffassung,¹⁾ daß die Besessenheit abgenommen habe, auch in allen Kreisen der protestantischen Kirche Anerkennung fände, selbst mit der katholischen Einschränkung, daß die Abnahme der Besessenheit eine „furchtbare Strafe“ der weitverbreiteten „Apostasie“ darstelle und „Gott dem Teufel die Taktik erlaube incognito sein Geschäft zu treiben und so die blinden Seelen um so sicherer in den Abgrund zu jagen.“ Dieses Zugeständnis erweitert die Tätigkeit des Arztes und muß notwendigerweise dazu führen, den Exorzismus und die Teufelsaustreibung auf ein geringes Maß zu beschränken, wenn nicht gar auszurotten. Es ist daher völlig verständlich, daß die katholische Kirche (so weit wenigstens Nordeuropa in Frage kommt) im Verlauf der letzten Jahre sich vom Exorzismus mehr oder weniger fern hält und nur ausnahmsweise Teufelsaustreibungen gestattet, während merkwürdigerweise in der protestantischen Kirche die Besessenheit neu auflebt und ein gemäßigter und geläuterter Exorzismus unter der Formel der Seelsorge an Geisteskranken neuerdings gefördert und praktisch geübt wird.²⁾

Fassen wir das Gesagte zusammen, so ergibt sich, daß dämonomanische Vorstellungen verbreiteter sind, als man bei einer

¹⁾ vgl. Freiburger Kirchenlexikon über Besessenheit.

²⁾ Vgl. *Lachr* a. a. O. S. 29.

oberflächlichen Betrachtung geneigt wäre anzunehmen. Die theologische Dogmatik strengerer Observanz hält an der Satanologie fest und bekämpft alle Angriffe, welche darauf abzielen, den Teufel aus dem Lehrgebäude der Kirche zu entfernen. Die morgenländische Satanologie und die griechische, neuplatonische Dämonologie sind im Laufe der Geschichte zu einem Ganzen organisch verwachsen. Die Macht der bösen Dämonen verwandelte sich in die Werke der Finsternis, und die Anfechtung des persönlichen Bösen bildet einen wichtigen Bestandteil des christlichen Glaubens.

Eine selbständige Krankheit, Dämonomanie, Besessenheit mit spezifischen, charakteristischen Eigenschaften, wie sie die protestantischen und katholischen Theologen alter und neuer Zeit beschrieben haben, ist nicht aufrecht zu erhalten. Wo ein günstiger Boden und eine gläubige, in primitiven Verhältnissen lebende Umgebung vorhanden ist, werden dämonomanische Vorstellungen auftauchen und sowohl das Denken, als auch das Handeln der Kranken und der Gesunden beeinflussen und färben. Es war schon *Perty*¹⁾ aufgefallen, daß die Besessenheit wahrhaft gebildete Personen niemals befällt, sondern vorwiegend Angehörige der niederen Stände, woraus sich auch die Gemeinheit und Rohheit der angeblichen Dämonen erklärt. Die Kasuistik der Besessenheit führt fast ausschließlich auf das Land und betrifft bäuerliche Verhältnisse. Die Art und Weise, wie die Dämonen sich geben und haben, entspricht der ländlichen primitiven Denkweise und den Anschauungen, welche sich im Laufe der Jahrhunderte über die Natur und das Gebahren des Teufels in der Volksseele gebildet haben. Wer Geisteskranke bäuerlicher Abstammung nach der Ursache ihrer Erkrankung befragt, wird bei richtiger Fragestellung und bei gehörigem Vertrauen immer wieder auf die Anschauung stoßen, daß Hexerei im Spiele wäre, der Kranke sei verzaubert. Die ländliche Bevölkerung kennt ausschließlich zwei Wege der psychischen Erkrankung: den Affekt des Schreckens oder die feindliche Einwirkung übersinnlicher, zauberischer Mächte. Dagegen beschuldigen die städtischen Geisteskranken okkulte

¹⁾ Vgl. S. 344 ff.

Kräfte, und die Telepathie und der Spiritismus ersetzen die Zauberei und das Besessensein der Landleute.

Bezüglich der Diagnose ist jeder Fall von Besessenheit einzeln zu prüfen und besonders zu untersuchen, da die dämonomanischen Züge das Formale der Erkrankung darstellen, nicht aber das Wesen derselben ausmachen. Nach der *Kraepelinschen* Systematik würden wir den eingangs besprochenen Fall zu den paranoiden Formen der *Dementia praecox* rechnen. Die langsam stetig fortschreitende Abnahme des Intellektes, die Verfolgungsideen, die Erklärungswahnideen, die motorischen Erscheinungen, die Neigung zum Posieren sprechen für diese Diagnose.

Bei Esquirol bildete die Dämonomanie noch ein großes selbstständiges Kapitel, während die modernen Handbücher der Psychiatrie sich in betreff dieses Gegenstandes leider mit wenigen Zeilen begnügen. Um so mehr spielt die Besessenheit ihre Rolle in der okkulten Literatur. Das Schweigen der Psychiatrie dient als willkommener Deckmantel, um der Auffassung der Besessenheit als Beweis der Spaltung des persönlichen Ichs und der Aussendung des Astralleibs und der Erweckung von magischen Kräften Tür und Tor zu öffnen. Die Ärzte der naturphilosophischen Schule widmeten den okkulten Phänomenen des menschlichen Seelenlebens, insonderheit der Besessenheit, großen Fleiß und eifriges Studium. Trotz ihrer Befangenheit in den Anschauungen des tierischen Magnetismus und einer transzendentalen mystischen Psychologie versuchten sie eine klinische Betrachtung der okkulten Phänomene und häuften ein gewaltiges kasuistisches Material über die Symptomatologie, den Verlauf und die Therapie der Besessenheit. Der Vorwurf, welchen die Okkultisten gegen die modernen Ärzte erheben, daß dieselben eine Abneigung gegen alle metaphysischen okkulten Probleme offenbaren, ist nicht unberechtigt. Die jahrelange anatomische Vorherrschaft in der Psychiatrie hat sehr zu unserem Nachteil eine unbefangene Betrachtung der okkulten Phänomene verhindert, und die Vernachlässigung dieses Studiums beraubte uns der klinischen Waffen, um diesen Irrtümern und abergläubisch phantastischen Anschauungen wirksam entgegen zu treten. In neuerer Zeit scheint es auf diesem Gebiete anders zu werden. Die schöne Arbeit von

*Jung*¹⁾ bedeutet ein Paradigma für ähnliche Forschungen und dürfte dazu beitragen, ein Vorurteil zu beseitigen und das klinische Studium der sogenannten okkulten Phänomene zu beleben und zu vertiefen.

In dem Kampfe mit der Satanologie und dem Okkultismus müssen die Ärzte das Odium des Unglaubens und des Materialismus geduldig hinnehmen, anderseits aber die Utopie aufgeben, als könnte der Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntnis den Menschen aufklären und vom Aberglauben befreien. Die Aufklärung erstreckt sich auf einzelne Kreise, die Masse widersetzt sich derselben und beharrt bei dem Alten. Der Dämonenglaube oder mit einem Wort die Möglichkeit einer Beeinflussung unseres Ichs durch transzendente Gewalten sitzt zu tief im Innern des Menschen, um je daraus zu verschwinden. Die Angriffe eines *Johannes Weyer*, eines *Balthasar Becker* u. A. gegen die Herrschaft des Teufels haben wohl die physische Gewalt desselben erschüttert, aber seine geistige Macht ist ungebrochen. Der Teufel hat seine „Klauen und Hörner“ abgeworfen, seine „höllische Majestät“ unterläßt es mit „Pomp und Gestank“ zu erscheinen, aber trotz alledem gilt die ewige Wahrheit des Mephisto:

„Ihr bleibt bei meinem Worte kalt?
Euch guten Kindern laß ichs gehen;
Bedenkt: der Teufel der ist alt,
So werdet alt, ihn zu verstehen!“

¹⁾ Vgl. S. 26, Anm.

Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins.¹⁾

Von

Dr. Fritz Ast, Assistenzarzt.

Die in letzter Zeit wieder zahlreicher gewordenen Publikationen über das sogenannte induzierte Irresein beweisen, daß man von einer einheitlichen Auffassung dieser merkwürdigen Erscheinung noch weit entfernt ist. Die nachfolgenden drei in der hiesigen Anstalt beobachteten Fälle, von denen jeder anders gelagert ist, lassen die hier in Betracht kommenden, mehr oder weniger gewürdigten Gesichtspunkte klar hervortreten und können vielleicht deshalb zur Klärung der Ansichten etwas beitragen. In allen dreien handelt es sich um Ehepaare. Bei dem Umfang der Krankengeschichten beschränke ich mich auf die Wiedergabe eines Auszuges aus ihnen:

Fall I. Georg und Josefa L., Maurerseheleute, er geboren 18. März 1844, sie 17. März 1843. Über hereditäre Belastung, Vorleben beider nichts bekannt, ebensowenig über die näheren Umstände, unter denen sie sich kennen lernten. Heirat im Jahr 1869. Bald darnach mußte der Mann in den Krieg; gleich nachdem er fort war — so erzählt er selbst — hätte man seine Frau aus der Wohnung im Hause seines Schwiegervaters hinausgeworfen, obwohl er die Miete drei Jahre lang vorausbezahlt hätte. Schuld daran sei der Bürgermeister, der ihn „dick hatte“, weil er keine Ruhpoldingerin — sein Wohnort war Ruhpolding — geheiratet habe. Das Ehepaar fing in der Folge verschiedene Geschäfte an, wechselte häufig den Wohnort, „weil man sie nirgends aufkommen ließ“. Die ersten Belästigungen von Behörden datieren aus dem Jahr 1885 und nehmen mit der Zeit einen immer größeren Umfang an. Im Jahr 1891 Entmündigung der Josefa L., 1895 des Georg L. wegen Geistesstörung; im Jahr 1897 Abweisung eines Antrages auf Wiederaufhebung der

¹⁾ Aus der oberbayrischen Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-München.

Entmündigung auf Grund eines Gutachtens des damaligen Oberarztes an der Kreisirrenanstalt München, Dr. *Vocke*, das Bestehen eines typischen Querulantenwahnsinns bei beiden erwies. 8. Januar 1898 Einweisung beider Eheleute in die Kreisirrenanstalt München auf Grund des Art. 80. Beide präsentieren sich als typische Querulanten mit bis ins Detail übereinstimmendem Wahnsystem. Dasselbe besteht aus einem lawinenartig angeschwollenen Sammelsurium von rechtlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden, deren Inhalt wiederzugeben überflüssig ist. Wie gewöhnlich bilden den Ausgangspunkt einige Ereignisse mit wahrem Kern, eine etwas mysteriöse Mißhandlungsgeschichte der Frau, die ihr von seiten der Ruhpoldinger widerfahren ist, und die angeblich mit den Worten „die Hure soll nur verrecken“ erfolgte Weigerung des Ortsarztes, ihr Hilfe zu leisten — welche in der Beschwerdeflut immer wieder erscheinen. Kein Anhaltspunkt für das Bestehen von Halluzinationen. Kein greifbarer Schwachsinn. 15. April 1898 Transferierung nach Gabersee. Das dortige Krankenjournal berichtet über den Mann, daß sich bei ihm noch im Laufe des Aufnahmejahres eine gewisse Beruhigung und Resignation einstellte; er hielt zwar an der Berechtigung seiner Querelen fest, versprach aber, in Zukunft nicht mehr an sie rühren zu wollen. Entlassen als gebessert 24. Mai 1899. Über die Frau ist bemerkt, daß sie stets mißmutig, häufig erregt war, beständig mit der Hausordnung in Konflikt liegt, überall Beeinträchtigung ihrer Rechte wittert, Pflegepersonal und Ärzte als parteiisch, böswillig usw. denunziert, an den alten Wahnideen festhält. Beendet sich noch in der Anstalt.

Der vorliegende Fall präsentiert somit zwei typische Querulanten mit gemeinsamem Wahnsystem. Der Krankheitsverlauf läßt sich auf 25 Jahre überblicken. Welcher Teil der Beeinflußte war, ist nicht zu entscheiden. Daraus, daß der Mann gleich im Anfang der Ehe auf längere Zeit fortmußte und die Frau schon damals Konflikte mit der Umgebung hatte, ferner daß sie mit größerer Heftigkeit und unbedingterer Hingabe ihre Sache zu vertreten schien, und daß sie nach der Trennung ganz unverändert blieb, während beim Mann die Möglichkeit der Entlassung eintrat, läßt sich vielleicht schließen, daß die Frau der induzierende Teil war.

Fall II. Tagelöhnerseheleute K. Heredität und Vorgeschichte beider ohne Besonderheiten. Seit Anfang 1904 bei dem jetzt 43 jährigen Mann Anzeichen geistiger Störung. Klagen, daß man ihn des Mordes an dem vor einigen Jahren ermordeten Gärtner Thoma beschuldige; von welchen Leuten diese Beschuldigung ausgehe, wisse er nicht; sie ließen ihm nirgends Ruhe, vertrieben ihn aus allen Stellungen, die Polizei sei mit ihnen im Einverständnis; sie nennen ihn „Verbrecher und was sie ihm sonst hinaufschmeißen konnten“, beim Gang, aus den Nebenzimmern werde hereingeschimpft; aus

der Ludwigskirche seien die Worte herausgekommen: „Jesus Maria, Josef, hilf uns“ usw. Die gegen ihn inszenierten Verfolgungen gingen von einem „Zentralverband“ aus; was das zu bedeuten habe, müsse er erst herausbringen. Am 31. Dezember 1904 gleichzeitig mit der Ehefrau eingewiesen auf Grund des Art. 80 PStGB. Körperliche Untersuchung: frühzeitiges Senium, alle Symptome desselben, Arteriosklerose, graue Haare usw., wenig ausgiebige Pupillarreaktion; keine Differenz. Steigerung der Patellarreflexe, keine Sprachstörungen, kein Tremor. Psychischer Status: mäßige Intelligenz; keine größeren Gedächtnisdefekte. Zeitlich - örtlich orientiert. Andeutung von Systematisierung zeigenden Wahnideen des geschilderten Inhaltes. Halluzinationen auf akustischem Gebiet, meist von Schimpfwörtern beleidigenden und drohenden Inhalts. Auf Grund derselben häufig sehr erregt. Angeblich kein Potatorium. Gegen Anfang Juni 1905 allmählich zunehmende Beruhigung. Anscheinend keine Halluzinationen mehr. Keine Krankheitseinsicht gegenüber den früheren und den geäußerten Wahnideen. 8. Juni 1906 als gebessert versuchsweise entlassen.

Ehefrau, mit dem Mann polizeilich eingewiesen, da sie den wahnhaften Äußerungen ihres Mannes völlig beipflichtete und durch die vermeintlichen Verfolgungen in höchst erregte Stimmung versetzt war. Bei der Aufnahme ruhig, bereitwillig Auskunft gebend, erzählt mit voller Überzeugung alles, was auch der Mann sagte. In den nächsten Tagen schon wird sie in seiner Verteidigung unsicher, „sie habe ihm seine Ideen lange Zeit ausreden wollen; da er aber tatsächlich zuletzt aus allen Stellungen hinausgebissen worden sei, habe sie schließlich seinen fortwährenden Beteuerungen geglaubt“. Im Lauf der folgenden Woche volle Krankheitseinsicht. Bildungsgrad, Intelligenz etwas unter dem Durchschnitt ihres Standes. Kein ausgesprochener Schwachsinn. 11. April 1906 geheilt entlassen.

Um welche Form geistiger Störung es sich beim Manne handelt, ist nicht leicht zu entscheiden, für den vorliegenden Fall auch gleichgültig. Die Störung der Ehefrau stellt sich als eine nur vorübergehende Beeinflussung, sogen. Folie imposée dar und ist nach *Schönfeldt* nicht zum eigentlichen induzierten Irresein zu rechnen. Warum sie trotzdem mit einigem Recht hier mit vorgebracht ist, wird später ersichtlich sein.

Fall III. Schriftstellerehepaar O. und L. X., beide sehr produktiv, vielgelesen, Träger bekannter Namen. 11. April 1906 Einweisung der Frau auf Grund des Art. 80 des bayr. PStGB. Der Mann in Freiheit, konnte nur gelegentlich, bei Besuchen usw. beobachtet werden.

Frau, geboren 1. Mai 1854, mittelgroß, schlank, von stark ergrauten Haaren, aber jugendlichem Gesicht und Benehmen. Züge unregelmäßig, charakteristisch, sehr intelligent. Augen klein, aber lebhaft und durchdringend. In der Konversation sehr gewandt, umfassende Bildung verratend,

geistreich. Hereditäre Belastung: Vatersschwester von Geburt an blödsinnig. Genieß eine sorgfältige Erziehung, begann mit 21 Jahren mit schriftstellerischen Arbeiten an die Öffentlichkeit zu treten. Ihr erstes Werk war ein historisches Trauerspiel, die übrigen sind meist in verschiedenen Zeitschriften verstreute feuilletonistische Aufsätze, die sich mit literarischen und aktuellen sozialen Fragen, insbesondere der Frauenbewegung, beschäftigen. Ihre Gedanken über die letztere liegen in zwei größeren Büchern zusammengefaßt vor. Alles, was sie geschrieben hat, zeugt von einer durchaus selbständigen Denkungsart, ist immer fesselnd und jedenfalls besser wie so und so vieles andere. In den älteren Werken erst angedeutet, aber doch schon vorhanden, in den jüngeren immer stärker hervortretend ist ein gewisser Zug von Überspanntheit und gesuchter Originalität. Die Beziehungen ihrer paranoischen Veranlagung zu ihrer produktiven Begabung überhaupt hier weiter zu verfolgen, würde zu weit führen. Der Einfluß derselben auf die letztere wurde erst gegen das Jahr 1897 so stark, daß er den Verlegern merkbar wurde und diese nichts mehr drucken lassen wollten. — Ihren Mann lernte sie in einem bekannten literarischen Kreis in Dänemark kennen und verheiratete sich mit ihm im Jahr 1889. Die Ehe war eine reine Liebesheirat und verlief in ungetrübter Harmonie. Noch jetzt kann man aus gelegentlichen Äußerungen der Ehegatten entnehmen, daß ihre gegenseitigen Gefühle den zärtlichen Charakter der früheren Zeiten bewahrt haben. — Die Schwierigkeit, ihre Werke bei den Verlegern unterzubringen, und die dadurch bedingte Verschlechterung der finanziellen Verhältnisse führten zu immer häufiger werdenden Konflikten, die im Sinne eines immer deutlicher werdenden Verfolgungswahnes verarbeitet werden.

Am 11. April 1905 endlich kam es, nachdem das Ehepaar schon seit mehreren Jahren der Polizei als verrückt amtsbekannt war, zur zwangsweisen Einweisung der Frau. Die Beobachtung in der Anstalt ergab das Bestehen eines ungeheuer komplizierten und weitläufigen Wahnsystems. Fast alle alltäglichen Vorgänge werden im Sinn wahnhafter Eigenbeziehung interpretiert, die Unterdrückung ihrer und ihres Mannes Arbeiten ist nur ein Teil einer systematischen Verfolgung, alle Indigestionen und Krankheiten, die das Ehepaar je gehabt hat, sind ebensoviele Attentate auf ihr Leben. Eine Anzahl mehr oder weniger gleichgültiger Episoden aus ihrem Leben, deren Nebenumstände in ausführlichster und beziehungsweise voll gruppierter Weise erzählt werden, hat die Kranke noch unter allerlei sonderbaren Titeln in einem der angesehensten Blätter veröffentlichten können z. B. „Nur die Stimme“, „Eine Türe, die nicht aufgeht“, „Die schiefe Nase“. Die Verfolgungen gehen von der Kronprinzessin von Schweden aus, die aber auch nur im Auftrage handelt. Es bestände nämlich eine dynastische Kombination des Hauses Schwedens, Preußens und Englands, welche darauf ausgeht, alle Reichtümer Europas für ihre Familienzwecke dienstbar zu machen. Um nun die Fortpflanzung der durch und durch verfaulten Dynastien zu sichern, sind die oft impotenten Machthaber gezwungen, potente Bürgerliche die entsprechenden Funktionen

ausüben zu lassen — was mit einem erstaunlichen Aufwand von Kenntnissen in der Familiengeschichte der Fürstengeschlechter bewiesen wird. Eine solche Funktion soll auch ihrem Mann zugemutet werden, den man deshalb mit allen Mitteln von ihr trennen will. Um ihre Verbindung mit ihm unlöslich zu machen, seien sie beide zur katholischen Kirche übergetreten (die Konversion fand im Jahr 1898 statt): die feindliche Seite sei nämlich protestantisch-freimaurerisch. Die oberste Logenleitung liege in den Händen Englands. Hier produziert sie folgende Wort- und Silbenstecherei: die „Loge“ arbeite immer mit dem Mittel, einem Schuldigen einen Unschuldigen zu substituieren; nun sei im Jahr 33 die Kreuzigung Christi gewesen, der 33. Breitengrad ist der Grad von Greenwich — Messung der ganzen Welt — englische Oberleitung, also 333 oberster Logenbegriff, 222 russische Logenleitung, Unterbegriff, 111 deutsche Logenleitung. Die Loge bediene sich ferner oft auswechselbarer Personen, Doppelgänger. So sei ihnen, ihr und ihrem Mann, die Doppelgängerschaft des bekannten Nationalökonomten Rh. vom Minister H. selbst bestätigt worden. Sie fanden nämlich, im Vorzimmer desselben wartend, einen ihm ganz ähnlichen Mann, erkannten aber an einzelnen kleinen Abweichungen doch genau, daß es ein anderer war. Als sie nun bei der Audienz den Minister fragten, wer der Mann sei, habe dieser geantwortet: „Das ist Rh.“ Das gleiche sei ihnen mit dem Dr. R. passiert, der viel mit ihnen verkehrt und ihnen die Wege zur Konversion geebnet habe. Sie hätten ihn kurz vor seinem Tod noch einmal besucht und fanden zwar einen ihm ganz ähnlichen Mann, der aber — worauf sie ihren Mann gleich aufmerksam gemacht habe — an den Schläfen blaue Flecken gehabt hätte, die der Dr. R. von früher niemals hatte. Dieser unechte Dr. R. war also ein Mittel der Loge, ihre Konversion zu einer Scheinkonversion und ungültig zu machen. Deswegen seien sie eben in letzter Zeit bestrebt gewesen, die Zeremonien der Konversion nochmals feierlich zu wiederholen; damit dies nicht geschehen könne, habe man sie in die Irrenanstalt geschleppt usw. Im Lauf der weiteren Beobachtung zeigt sich die Kranke unerschöpflich in der Anknüpfung neuer Wahnideen an die neuen Verhältnisse; alle ihr lästigen Vorschriften der Hausordnung sind von der schwedischen Kronprinzessin oder dem deutschen Kaiser ausgehende Chikanen; durch Vorsetzen verdorbener Speisen will man sie aushungern und mürbe machen: Handlungen, die sie nicht anders als entgegenkommend auffassen kann, bezeichnet sie als dazu bestimmt, sie zu „Konzessionen“ zu verleiten. Alles, was sie an Neuem aufnimmt und verarbeitet, trägt sie ihrem Mann während seiner täglichen Besuche in stundenlangen, nicht enden wollenden Ausführungen vor.

Der Mann ist geboren 12. November 1860, schwedischer Nation, von hoher schlanker Statur, regelmäßigen nicht unintelligenten Gesichtszügen. Keine hereditäre Belastung, keine Anhaltspunkte in seinem Vorleben für ein ab ovo abnormes Verhalten. Genießt täglich Alcoholica in Bier und Schnaps, wieviel, ist nicht zu eruieren. Eine körperliche Untersuchung ist aus naheliegenden Gründen undurchführbar. — Literarisch ziemlich produktiv, schrieb

anfänglich in schwedischer, bald nach seiner Verheiratung auch in französischer und deutscher Sprache. Die letztere beherrscht er, abgesehen von vereinzelt fremdartigen Wendungen und grammatikalischen Unbehilflichkeiten, wie ein geborener Deutscher und mit feinem Stilgefühl. Er schrieb mehrere Romane, und kürzere Novellen, sowie Essays über literarische Tagesfragen und Persönlichkeiten. Die Aufsätze über letztere, z. B. über Stürner, Böcklin, Bourget, Edgar Poe, enthalten eine Menge feiner Bemerkungen und verraten große kritische Begabung. Wenn man sich hütet, seine Werke mit Voreingenommenheit zu lesen, findet man in ihnen, obwohl er als ein Vertreter der Dekadenzliteratur gilt, den bei seiner Frau frühzeitig zu bemerkenden verschrobenen Zug nicht; es ist ferner bemerkenswert, daß auch diejenigen, welche er zu einer Zeit schrieb, als er schon unter dem Einfluß seiner Frau stand, nichts Auffallendes aufweisen, so lange nicht das Gebiet der Wahnideen beschritten wird — ein Beweis, daß diese nicht mit seinem Denken und Fühlen organisch verwachsen, sondern mehr äußerlich hinzugefügt sind. Das hindert nicht, daß seine literarische Tätigkeit der letzten Jahre sich ausschließlich auf die Bearbeitung der von seiner Frau geäußerten politischen und Verfolgungs-Ideen beschränkt. Das meiste wurde nicht mehr gedruckt, das wenige, was vorliegt, ist aber außerordentlich bezeichnend für seine derzeitige Geistesverfassung: Ein in einer der angesehensten Zeitschriften erschienenenes Feuilleton „die Geschichte von einem Schnaps“ schildert, allerdings nur in versteckten Andeutungen und mit schriftstellerischer Make, einen Versuch, ihn mit einem verdorbenen Schnaps zu vergiften. Es beginnt folgendermaßen: „Zu jener denkwürdigen Osterzeit, wo ich nach der Stadt München gekommen war, um über die Mysterien meiner Konversion Aufschluß nachzusuchen, bekam ich eines Tages im Gasthaus „zum heiligen Franziskus“ einen Schnaps zu trinken, der beinahe mir selbst samt meinen Nachforschungen ein jähes Ende bereitet hätte. Die Rätsel schossen wie Pilze aus dem Boden empor, wo ich ging und stand. Sie überwucherten das Leben und die Menschen, entstellten sie, machten sie unkenntlich. Die ganze Geschichte nebst den beteiligten Personen stand auf dem Kopf. Wie ich aber die Herren teilnahmvoll fragte, warum sie in dieser auffallenden und unbequemen Stellung beharrten, war keine vernünftige Antwort herauszubekommen. Sie strampelten nur mit den Beinen in der Luft herum und murmelten unverständliche Worte. Den eigentlichen Macher, der sich nicht nur der Auslösung meiner Seele, sondern auch der damit eng verknüpften Verpfändung meiner Silber- und Schmucksachen mit gleichem Eifer angenommen hatte, fand ich in einem öffentlichen Krankenhaus liegen, wo er eine gefährliche Operation hatte durchmachen müssen. Der Mann sah mir aus wie der Tod selbst; und doch las ich einige Stunden später in einer Zeitung, daß der Mann, der seinen Namen trug, zu einer genau bestimmten Zeit seinen ersten Spaziergang unternommen hätte. Und diese Zeit fiel schon eine halbe Stunde vor meinen Besuch bei dem Totkranken. Ich bin nicht besonders abergläubisch noch bang. Das aber kam mir etwas unheimlich vor. Da ich aber

für italienische Taschenspielerkunststücke keine Interesse habe, ließ ich die Sache liegen. Den Mann selbst sah ich kurz darnach in den Restaurants und auf den Straßen herumspazieren, dickbackig und wohlgenährt. . . .

Als ich eines Tages im Monat Juni das Gasthaus „zum heiligen Franziskus“ verließ, nachdem ich dort mein bescheidenes Mittagmahl wie gewöhnlich genossen hatte, verspürte ich in meinem Körper ein wunderliches Gefühl, als ob etwas in ihn eingedrungen sei, wogegen er sich auflehnte. Der Schnaps allerdings — ich gönnte mir auch in diesen pekuniär hochkritischen Tagen, wo mir die Regeln des heiligen Franziskus einexerziert wurden, nach lieber Heimatsitte den Schnaps zum Mittagessen — dieser Schnaps, von Kirschwasser, hatte mir allerdings verdächtig lauwarm geschmeckt. Ich trieb mich in den Straßen herum, weil ich ein Zimmer mieten wollte, da im Gasthaus, wo ich mich für die Zeit des Aufschlußsuchens einlogiert hatte, eine Art geheimer rabies canina die Menschen anzustecken schien. Es war Föhn in der Luft; der Wind wirbelte durch die Straßen und jagte große Staubwolken vor sich her; es wehte einem die Hitze entgegen. Ich blieb stehen, denn es schien mir, daß alles um mich mit einemmal stumm und lautlos geworden sei; nur die Häuserreihen glitten mir vorbei wie leichte, papierne Flächen, die sich schnell und schiebend bewegten. Ich setzte mich — wunderlich betäubt — auf eine Bank, wußte gar nicht, in welchem Stadtteil ich mich befand, mußte mich sehr anstrengen, ehe es mir gelang, mich zu orientieren, und war sehr erstaunt, als ich bei einer Art von Erwachen entdeckte, daß ich an dem mir sonst sehr gut bekannten Randel der Maximilianstraße vor dem Café Viktoria saß. Meine Frau hatte nichts an mir bemerkt; und ich selbst hielt nach Kräften diesen sonderbaren Zustand nieder, den ich nie in meinem Leben, weder früher noch später, gefühlt habe . . . Die Rekonvaleszenz kam. Der Schnaps war ein geschlagener Feldherr. Ich las den Jesuitenpater und hatte dennoch reichlich Zeit zum Nachdenken. Ich dachte auch über die ganze Geschichte der Konversion bis zum Franziskanerschnaps gründlich nach, konnte aber mit dem besten Willen den Sinn nicht ausfindig machen. Warum? Wozu dies alles? Als Exerzitium konnte es ja nur in der allerbärmlichsten Pietistenphantasie mit ihrer „Freude am Stinken“ entsprungen sein. Die Menschen hatten mich mit einer gewissen verhaltenen Neugier betrachtet, als ob sie fragen wollten: was willst du jetzt tun? worauf ich nichts zu antworten hatte, da ich immer nur meinem bescheidenen Metier obliegen will. Und als ich an diese Menschen die Gegenfrage richten wollte: was meint Ihr zu dieser ganzen Geschichte? . . . da begegnete ich verschlossenen Mienen und der Stummheit des Todes. Antwort konnte nicht gegeben werden. So war denn nur der Schnaps übrig, um einen Knoten zu durchhauen, der nicht zu lösen war.“ — Ein anderes, derselben Zeitschrift entnommenes Beispiel ist das „Die Chaiselongue“ betitelte Feuilleton: „Es ist einige Zeit her, daß ich die mystische Chaiselongue vor mir auftauchen sah, die seitdem eine große Rolle in meinen täglichen Beobachtungen gespielt hat und also auch eine solche —

obgleich verschleiert und in ihrem Zusammenhang mit mir mir selbst noch nicht ganz durchsichtig — in meinem Schicksal zu spielen scheint. Es ist ja dafür gesorgt, daß sich unser tägliches Erdenleben in solchen Symbolen abspielen muß, die es noch kärglicher machen . . . Ich sah sie zum erstenmal, die mystische Chaiselongue, vor ein paar Jahren draußen in Schliersee, wo sie von zwei Männern aus einem Hause über die Straße nach dem Ufer getragen wurde, um dann weiter in ein Boot geschafft und über den See gerudert zu werden. Das war noch nichts Besonderes. Aber nachdem ich nach München gekommen war, hat sie mich tagaus, tagein, ein ganzes Jahr hindurch, auf Schritt und Tritt verfolgt, so daß ich zuletzt in einer Art gelinder Wahnvorstellung sie sich von selbst, als Automobil, bewegen und auf ihren vier Füßen wie einen Riesendackel herumpaddeln zu sehen glaubte. Und wenn die Chaiselongue um die nächste Straßenecke meinen Augen entschwunden war, konnte es geschehen, daß im selben Moment um die selbe Ecke ein in hoffnungsgrünes Tuch eingewickelter Sarg¹⁾ in meine Straße einbog, um mir entgegenzukommen, an mir vorbeizurutschen und um die nächste Ecke hinter mir zu verschwinden. So hatte ich denn Material und Veranlassung genug, um mich in die scheinbar unentwirrbaren Symbole des allgewöhnlichsten Alltags zu vertiefen und dem Sinn dieser alltäglichen Gegenstände in ihren Zusammenhängen untereinander und auch mit meinem kleinen persönlichen Schicksal nachzugehen. Was wollte die Chaiselongue? Was wollte der Sarg? . . . Denn der Sarg war sichtlich die Komplementärerscheinung zur Chaiselongue. Hohen Personen voran kam er mir entgegen, fliegend, mir mit seiner schmutzigrünen Tucheinhüllung aufdringlich zunicke, so daß ich nicht im Zweifel sein konnte, daß er große Eile hatte, und daß es gerade auf meine Wenigkeit abgesehen war. Er preßte sich mir in den schmalen und schmalsten Gassen so dicht vorbei, daß er mich fast berührte; und oft, während ich meinen Morgenkaffee trank, stand er unten und wartete ganz geduldig und gemütlich, als ob er in einem Anflug von Galgenvogellaune mit einem halben, verschmitzten Lächeln vor sich selbst himurmurmelte: „Ich kann schon warten! Laß dir nur Zeit! Dann setzen wir uns beide zu gleicher Stunde in Bewegung.“ Was wollte die Chaiselongue? Jedenfalls ist es ein böses Geschöpf, das ein ganzes Jahr lang auf offener Straße sein pas-de-deux mit dem Sarge um mich herum getanzt hat.“ — Nach der von der Frau gegebenen Erklärung ist die Chaiselongue das Symbol des Beischlafs und bedeutete eine Aufforderung seitens der schwedischen Dynastie an ihren Mann, die von ihm verlangten oben bezeichneten Funktionen auszuüben, widrigenfalls ihm der Tod — der gleichzeitig erscheinende Sarg — bevorstünde. — Ein Paradigma für die Verfälschung seiner politischen Anschauungen ist ein von ihm im Jahr 1901 in einer der meistgelesenen Zeitungen Süddeutschlands veröffentlichter Aufsatz „Bernadotte“, in dem die Tatsache

¹⁾ In München werden die leeren Särge mit grünem Tuch umwickelt von den Lieferanten ins Haus geliefert.

der Gründung des Hauses Bernadotte, die eigentlichen Ziele des letzteren usw. ganz im Sinne des oben geschilderten Wahnsystems zugestutzt sind. Es geschieht dies allerdings nur in verhüllter Weise, in dunklen Andeutungen, die den Artikel für jeden Leser, der das Wahnsystem nicht kennt, absolut unverständlich machen müssen. Was die Redaktion dieser Zeitung bei seiner Aufnahme und die Leser sich dabei gedacht haben, wäre zu wissen nicht uninteressant. — Im übrigen geht aus dem ganzen Verhalten des Mannes hervor, daß er die Ideen seiner Frau in jeder Beziehung teilt. Zurzeit ist die Sachlage so, daß er täglich in stundenlangen Besuchen alles, was seine Frau an neuen Eindrücken und Ideen verarbeitet hat, aufnimmt und, mit diesem Material bewaffnet, bei allen möglichen Behörden herumrennt, Artikel in die Blätter setzt, soweit diese sie aufnehmen, um die Freilassung seiner geistig völlig intakten Frau zu erwirken.

Die im Vorhergehenden geschilderte Psychose ist eine kombinatorische *Paranoia*, auch in der engen Fassung, die *Kraepelin* dieser Form gibt. Es ist ferner ohne weiteres ersichtlich, daß es die Frau ist, welche primär an ihr leidet und sie auf den Mann übertragen hat. Abgesehen von der schon gekennzeichneten Charakteranlage der beiden, ihrer literarischen Produkte usw. lehrt dies auch die direkte Beobachtung. Die von der Frau neu produzierten, an Vorgänge, die der Mann noch nicht wissen konnte, geknüpften Wahnideen nimmt er bereitwillig auf; sie ist es, die ihn auf diese oder jene eigentümliche Konstellation der Umstände aufmerksam macht; auf eine direkte Frage, wer denn eigentlich zuerst auf diese so ungemein verwickelten Beziehungen politischer und persönlicher Art gekommen sei, antwortete sie einmal, „das könne sie nicht mehr entscheiden, aber ihr Mann sei allerdings viel zu vertrauensvoll und müßte erst auf vieles aufmerksam gemacht werden“. Fragt man sie über die von ihrem Mann veröffentlichten Aufsätze — insbesondere die oben genannten — so ist es auffallend, wie sie auch das kleinste Detail derselben im Gedächtnis hat und zu erklären vermag, ein Beweis, daß sie die eigentliche Schöpferin auch dieser Elaborate ist, mögen dieselben auch zweifellos eine gewisse selbständige Weiterverarbeitung seitens des Mannes verraten. — Die Bedingungen für eine Induktion liegen im vorliegenden Fall außerordentlich günstig, und alle schon irgendwie in dieser Beziehung genannten Momente scheinen hier wie zusammengesucht: innige Liebe, Seelenharmonie, lange, ungetrübte Ehe, gegenseitiges Sich-

selbstgenügen und dadurch bedingt ein gewisser Abschluß gegen die Welt, gleiche Lebensinteressen, gleicher Beruf, der die gleichen Gefühle des Erfolgs, des Verkanntseins, der Enttäuschung, schließlich direkt materieller Not mit sich brachte. Auf diese Gleichstimmung des Gefühlslebens beider Individuen dürfte ein ganz besonderes Gewicht zu legen sein, seitdem die Arbeiten *Spechts* und anderer die Rolle des Affekts bei der Entstehung der Paranoia mehr in den Vordergrund gestellt haben. Inwieweit die Gewohnheit des Mannes, Alkohol zu sich zu nehmen, auf seine Widerstandskraft schwächend eingewirkt hat, läßt sich schwer beurteilen. Ein eigentlicher Alkoholismus besteht wohl nicht. Die ausschlaggebenden Momente dürften jedenfalls in den eben dargelegten Lebensbedingungen liegen. Es fragt sich nun, ob der Mann als induziert geisteskrank in der *Schönfeldtschen* Definition, mit anderen Worten, als echter Paranoiker anzusehen ist. Die lange Dauer der bei ihm vorhandenen Störung, die vollkommene Aufnahme und selbständige Weiterverarbeitung des Wahnsystems scheinen hierzu zu berechtigen. Auf die endgültige Beantwortung dieser Frage wird später zurückzukommen sein.

Der Ehe entsproß ein jetzt 14jähriger Sohn; daß derselbe, vom Ehepaar ängstlich behütet, von jedem Verkehr, auch dem Schulbesuch, abgesperrt, völlig unter dem Einfluß der Eltern steht und eine Kritik nicht geltend machen kann, bedarf keiner weiteren Ausführung.

Welchen Beitrag leisten die mitgeteilten Fälle zur Kenntnis des induzierten Irreseins?

Schönfeldt (1) hat bekanntlich die Forderung aufgestellt, daß es sich beim zweiten Individuum um eine echte Psychose im klinischen Sinn, nicht nur um eine mehr oder weniger tiefe Beeinflussung handle, und daß ihre „spezifische“ Ursache die erste Psychose sei. Das Wesen der Übertragung sieht er in einem Nachdenken der Wahnideen und Nachahmen seitens des zweiten Individuums aus egoistischem Antrieb. Die Wahnideen würden zu eigen gemacht, weil ihr Inhalt dem eigenen Wesen nicht zu fern liege. Es sei die Saite, die in Mitschwingung gerät, weil ihr Eigenton angegeben sei. Folgerichtig wird als hauptätiologi-

scher Faktor eine psychopathische Disposition und als Induktions-
psychose κατ' ἐξοχήν die Paranoia bezeichnet.

Gegen diese ziemlich allgemein adoptierte Auffassung hat man in letzter Zeit mehrere Bedenken geltend gemacht. Besonders *Weygandt* (2) hat betont, daß man sich beim Fall eines induzierten Irreseins immer die Frage vorlegen müsse, ob das zweite Individuum ohne den Einfluß des ersten zweifellos gesund geblieben wäre. Die Frage könne aber natürlich nur bejaht werden, wenn gerade die von *Schönfeldt* (1) als notwendig zur Induktion bezeichneten Momente, psychopathische konforme Disposition, Blutsverwandtschaft, nach Möglichkeit ausgeschlossen werden können. Tatsächlich läuft auch die *Schönfeldtsche* Definition mehr auf eine Auslösung einer schlummernden Disposition als auf die Induktion eines Irreseins hinaus. Wenn er sagt, daß es im Einzelfall oft schwer sei, den Übergang von der einfachen Beeinflussung, der *crédulité*, zur ausgesprochenen Psychose festzustellen, so ist ihm nach seinen eigenen Ausführungen zu erwidern, daß die Grenze eben in dem Bestehen oder Nichtbestehen der Disposition liegt, womit letztere die Hauptsache wird und die primäre Psychose als „spezifische“ Ursache, auf die *Schönfeldt* soviel Gewicht legt, aufgehört hat zu existieren. Übrigens ist so auch die Auffassung *Marandon de Montyels* (3), der als erster, vor *Schönfeldt*, den Sch.schen Begriff in der Etablierung der sogen. Folie communiquée umschrieben hat. Es heißt hier: „Notwendig ist une prédisposition héréditaire bien marquée de celui auquel le délire doit être communiqué“ und weiter: La folie simultanée et la folie communiquée ne sont que deux cas particuliers de l'influence générale des milieux sur les formes revêtues par l'aliénation mentale“, mit anderen Worten: Wie die von *Schönfeldt* vom induzierten Irresein scharf getrennte Folie simultanée, so ist auch die Folie communiquée durch das Milieu ausgelöst; das letztere ist eben bei ihr durch die primäre Psychose repräsentiert.

Ferner hat es sich herausgestellt, daß nicht nur Paranoia, sondern auch Dementia praecox, und zum manisch-depressiven Irresein gehörige Formen übertragen worden sind. *Weygandt* (2) hat darauf aufmerksam gemacht, daß unter den *Schönfeldtschen* Fällen selbst einige sind, die nach unseren heutigen Kenntnissen

als *Dementia praecox* gelten müssen. Einen Fall von Übertragung einer depressiven Störung hat *Weygandt* (2) selbst publiziert. In derartigen Fällen, denen gegenüber jeder Erklärungsversuch versagt, muß erst recht, sollen sie als induzierte gelten, eine Anlage, sowie jeder anderweitige Anhaltspunkt für ihre Entstehung, nach Möglichkeit ausgeschlossen sein. Nach strenger Sichtung kommt nun *Weygandt* (2) zu dem Resultat, daß das Vorkommen von Übertragung von *Dementia praecox*, depressiven Störungen und Paranoia auf vorher Gesunde nicht mehr bezweifelt werden könne, solange man auf dem Standpunkte stehe, daß jeder als gesund anzusehen sei, solange nicht bei entsprechender Nachforschung Anhaltspunkte für das Gegenteil gewonnen sind. Er scheidet diese Fälle als induziertes Irresein reiner Observanz, als besondere Gruppe aus der *Schönfeldtschen* aus. Als solche werden genannt: *Schönfeldt* (1), Julius L. — Oskar K., Übertragung von *Dementia praecox*; 1. Fall *Jacowenkos*, Eheleute Nikolaya und Praskowya N., Übertragung von Paranoia; 2. Fall *Jacowenkos*, Eheleute S., Paranoia; einige unter den Beobachtungen *Sikorskys* über die Malewanzen, Halluzinationen und Wahnideen religiösen Inhalts (Diagnose?); Fall *Kalmus* (4); Fall *O. Riedel* (5); *E. Meyer* (6), die drei letzten alle Paranoiafälle; endlich *Weygandt* (2), Melancholie durch Übertragung von der Ehefrau. *Weygandt* (2) hält sich sogar auf Grund der Induktionsmöglichkeit von Paranoia und paranoider Verblödung zu der Vermutung berechtigt, daß diese Krankheiten doch nicht so scharf zu trennen seien, wie dies nach der *Kraepelinschen* Anschauung der Fall sei, und *E. Meyer* (6) hat in seinem auf der diesjährigen Versammlung des Vereins deutscher Psychiater gehaltenen Vortrag diese Wiederschmelzung der beiden Formen soweit akzeptiert, daß er einen Fall als induzierte Paranoia beschreibt, in dem die primäre Psychose eine *Dementia praecox*, die sekundäre eine Paranoia ist: ein im Anschluß an die Erkrankung der Schwester (*Dementia paranoides*) erkranktes Individuum hatte in ausgesprochen paranoider Weise als Material zur Wahnbildung die von seiner Schwester geäußerten Ideen benutzt und eine Art von Erklärungswahn zu ihnen gebildet.

Ob die Etablierung der Gruppe „psychopathologische Über-

tragung auf vorher Gesunde“, der angebliche Nachweis der Induzierungsmöglichkeit von Paranoia, paranoider Verblödung und depressiven Störungen, einen Fortschritt in der Kenntnis des induzierten Irreseins bedeutet oder gar schon eine Änderung an einer auf den Verlauf und Ausgang basierten Einteilung der Psychosen vorzunehmen gestattet, erscheint sehr fraglich. Nach unseren heutigen Kenntnissen muß man doch daran festhalten, daß die genannten Krankheitsprozesse unmöglich — die Paranoia so wenig wie die Dementia paranoides, wenn auch bei letzterer die Unbegreiflichkeit mehr auf der Hand liegt — die Folge einer wenn auch noch so intensiven psychischen Einwirkung sein können. Die Übertragung endogener, mit der Organisation des Individuums innigst verknüpfter Krankheiten ist doch ebensogut eine *contradictio in adjecto*, wie etwa die exogener. — Dagegen scheint es mir eher zur Erklärung eines Teils der sogenannten reinsten Fälle von induziertem Irresein beizutragen, wenn man die Frage aufwirft, ob nicht die Beeinflussung eines Gesunden von seiten eines Geisteskranken einen Grad erreichen kann, daß bei jenem der Anschein einer echten Psychose entsteht, ohne daß doch von einer solchen die Rede sein kann, mit anderen Worten, ob nicht unter den genannten Fällen Fälle sogen. Folie imposée untergelaufen sind.

Seit der Ausscheidung aus dem induzierten Irresein im engeren Sinne hat man der Folie imposée wenig Beachtung mehr geschenkt, abgesehen von den psychischen Epidemien, die wegen der besonderen hier obwaltenden Umstände außer Betracht bleiben mögen. Man hält zu ihrem Zustandekommen einen gewissen Grad von Schwachsinn nötig und behauptet, daß sie nach Beseitigung der Ursache in kurzer Zeit abheile. Beide Sätze sind, wie gleich nachzuweisen versucht werden wird, in dieser allgemeinen Fassung unrichtig. Die ausführlichste Abhandlung über sie ist immer noch die von *Lasègue* und *Falret* (8), welche unter induziertem Irresein noch überhaupt nur die Folie imposée verstehen und ihre Entstehungsbedingungen an der Hand von fünf Beobachtungen einer sehr feinen, äußerst lesenswerten Analyse unterziehen. Dieselben sind so überzeugend auseinandergesetzt, daß sie die auch von den Autoren gestellte Bedingung, daß der

empfangende Teil von schwacher Intelligenz sein müsse, für den unbefangenen Leser überflüssig machen. Theoretische Bedenken stehen auch, besonders seit man den großen Einfluß der Suggestion kennt, der Annahme nicht entgegen, daß in ganz besonders gelagerten Fällen auch ein gesunder Mensch von mittlerer psychischer Widerstandskraft sich in das Netz eines paranoischen Wahnsystems verfangen kann, aus dem er ohne fremde Hilfe und ohne Trennung von der ihn beeinflussenden Person nicht mehr herausfindet. Wie günstig resp. ungünstig sich die Verhältnisse für eine Beeinflussung gestalten können, zeigt unsere dritte Beobachtung sehr eindringlich; hier sind — mit Ausnahme des Schwachsinn, vor dessen Annahme den Mann seine literarischen Leistungen sicherstellen — alle von *Lasègue* und *Falret* (8) genannten Momente gegeben: konstanter Verkehr, Abschluß gegen die Außenwelt, innige Liebe und Seelenharmonie, gemeinsame persönliche Interessen und insbesondere, durch die Verhältnisse bedingt, Gleichstimmung der beiderseitigen Gemütslage in der Gefühlsrichtung des Verkannt-, Unterdrücktseins. Nun lehrt die Psychopathologie des Alltagslebens und die gewöhnliche psychiatrische Erfahrung an Neurasthenikern und Melancholikern, daß depressive Stimmungen leicht Neigung zur Eigenbeziehung, rudimentäre und hier und da sogar ausgesprochene Verfolgungsideen entstehen lassen. Es müssen also Suggestionen derselben Richtung auf einem so vorbereiteten Boden eine mächtige Wirkung haben können. Bedenkt man ferner, daß unter solchen Verhältnissen der eine Teil den andern während einer Reihe von Jahren Schritt für Schritt von den ersten noch gut möglichen Anfängen der Eigenbeziehung zu den greifbaren Wahnideen führt und ihn zwingt, den Schluß auf dieselben gewissermaßen selbst zu machen, so kann man sich auch vorstellen, daß ein so implantiertes Wahnsystem außerordentlich zäh haften und bis zu einem gewissen Grad einer Weiterentwicklung fähig sein wird. Wenn aber keine Anlage zur Paranoia bestand, so bleibt es eben ein aufoktroiertes Gebilde und wird nach Beseitigung der Ursache, wenn auch langsam und schwer, wieder verschwinden. Das Gesagte läßt sich durch den Fall *Kalmus* (4) bestätigen. In diesem war ein Lehrer von seiner Frau mit Paranoia infiziert worden. Er wurde ein

halbes Jahr vor seiner Frau in eine Anstalt gebracht und zeigte so ausgesprochen und andauernd das Bild der echten Psychose, daß er im Fall *Riedel* (5), der also identisch mit dem Fall *Kalmus* (4) ist, als der induzierende Teil und die Frau als die Induzierte publiziert wurde. Wie bei *Kalmus* (4) zu lesen ist, stellte sich aber nach Einweisung der Frau heraus, daß sie an der primären Psychose litt. Der Mann entledigte sich seiner Wahnideen wieder, bedurfte aber zur völligen Genesung eines Zeitraums von zwei Jahren.

Es ist also möglich, daß zu einem gewissen Zeitpunkt eine vollentwickelte Folie imposée von einer echten Psychose nicht unterschieden werden kann und erst die Beobachtung des Verlaufs nach der Trennung die Entscheidung ermöglicht. Jene merkwürdigen Fälle echter induzierter Paranoia bei anscheinend nicht Disponierten können somit nur als einwandfrei gelten, wenn der weitere Verlauf nach der Trennung beobachtet resp. eine solche überhaupt durchgeführt wurde. Untersucht man sie aber daraufhin, so ergeben sich große Lücken. Der erste Fall *Jacowenkos* (*Schönfeldt* (1)) erscheint zwar als Paranoia durch die lange Beobachtungszeit (7 Jahre) sichergestellt. Es wird aber ausdrücklich bemerkt, daß „die grenzenlose Liebe der Ehegatten zueinander eine Trennung unmöglich machte“, und daß man ihnen eine Art von gemeinsamem, gegen die übrige Anstalt abgesondertem Leben gestattete. Auch im zweiten Fall *Jacowenkos* (*Schönfeldt* (1)) ist keine Trennung durchgeführt worden; überdies wird berichtet, daß der induzierte Mann von selbst keine neuen Wahnideen an die neuen Verhältnisse anknüpfte, sondern solche jedesmal nur dann äußerte, nachdem seine Frau ihn besucht hatte. In beiden Fällen kann es sich also sehr wohl nur um eine paranoiaähnliche Folie imposée gehandelt haben. — Was die Malewanzen *Sikorskys* anlangt, so schlägt ja auch *Weygandt* (2) ihre Beweiskraft nicht sehr hoch an. Beim Bauer S. erstreckt sich die Beobachtungszeit nur auf ein halbes Jahr, im Verlauf dessen schon merkliche Beruhigung, mit Persistenz der Wahnideen, konstatiert wurde. Beim Bauer K. ist kein Ausgang vermerkt. Ebensowenig bei G.; von letzterem ist überdies über einen Erregungszustand berichtet, den er schon vor seinem

Besuch bei *Malewany* hatte, und diesen Besuch machte er offenbar zu einer Zeit, als er sich im Prodromalstadium einer neuen Erregung befand. Bei Moses T. scheint Genesung eingetreten zu sein, was allerdings nichts beweisen würde, da es sich ja nicht um eine unheilbare Psychose zu handeln braucht. Bei Jef. K. ist wieder nichts über den Ausgang vermerkt. Überhaupt möchte ich diese gruppenweise Erkrankung nicht miteinander verwandter Personen nicht zu denen rechnen, bei denen die Wirkung einer psychopathischen Veranlagung ausgeschlossen ist. Die Anhänger *Malewanys* kamen zum Teil weit her, und es kamen eben diejenigen, die sich durch die Lehren *Malewanys* besonders angesprochen fühlten. Bei Jef. K. ist z. B. bemerkt, daß er sich vorher schon fünf Jahre lang intensiv mit dem Stundismus beschäftigte. — Der Fall *E. Meyer* (6) endlich ist wohl als eine echte Psychose aufzufassen; hier ist aber auch ausdrücklich gesagt, daß beide Teile psychopathisch angelegt waren.

Was schließlich die einwandfreien Fälle von Übertragung von *Dementia praecox* und depressiven Störungen anlangt, so muß bei ihnen eben eine Disposition angenommen werden, so gut eine solche substituiert wird, wenn irgendein anscheinend vorher Gesunder an einer Paranoia oder an manisch-depressivem Irresein usw. erkrankt; und letzterer Fall kommt doch nicht selten vor. Jedenfalls erscheint diese Supposition weniger unwahrscheinlich als die Annahme einer Übertragungsmöglichkeit der zuletzt genannten Störungen.

Die vorstehenden Ausführungen lassen sich in folgende Schlußsätze zusammenfassen:

1. Eine eigentliche Übertragung von echten Psychosen im klinischen Sinne kommt nicht vor; ist die sekundäre Erkrankung eine solche, so fällt der primären nur die Rolle des die Disposition auslösenden Agens zu; bestimmend wirkt sie nur auf Gestaltung und Inhalt des Symptomenkomplexes der zweiten Psychose (Fälle von induzierter Paranoia, *Dementia praecox*, depressiven Formen).

2. Als hauptätiologischer Faktor kommt die Induktion nur bei der Folie imposée in Betracht. Dieselbe entwickelt sich meist bei Schwachsinnigen oder sonst abnorm Suggestiblen und heilt

bald nach Beseitigung der Ursache wieder ab (Fälle gewöhnlicher Folie imposée).

3. Es können aber in ganz seltenen, besonders gelagerten Fällen auch Individuen von normaler Geistesbeschaffenheit der Beeinflussung seitens eines Geisteskranken unterliegen. Die Beeinflussung kann einen Grad erreichen, daß der Anschein einer echten Psychose erweckt wird, eine Unterscheidung nur durch die Beobachtung des Ausgangs — in Heilung nach der Trennung — möglich ist. (Fälle induzierter scheinbarer Paranoia.)

4. Der Übertragungsmodus bei letzteren besteht nicht, wie bei *Schönfeldt*, in dem Mitklingen und Ansprechen einer konformen Disposition, sondern in reiner, durch das Zusammentreffen verschiedener Faktoren sehr erleichterter Suggestionenwirkung.

Von den oben mitgeteilten drei Beobachtungen scheint mir jede ein Beispiel für eine der hier unterschiedenen Formen eines induzierten Irreseins zu sein. Bei der ersten, dem Querulantenehepaar, schließt die lange Dauer der Beobachtung sowie das Ausbleiben einer Heilung nach der Trennung jeden Zweifel daran aus, daß die sekundäre Psychose ein echter Querulantenwahn war. Es ist daraus zu schließen, daß ihr Träger paranoisch veranlagt war und vielleicht auch ohne seine Frau geisteskrank geworden wäre. Die zweite Beobachtung ist das Beispiel einer gewöhnlichen Folie imposée. Was endlich das Schriftstellerehepaar anlangt, so bietet der induzierte Mann zurzeit zweifellos das Bild einer Paranoia. Ob es aber eine solche, oder nicht nur eine Folie imposée ist, erscheint mir mehr als zweifelhaft. Ein Anhaltspunkt für eine psychopathische Disposition bei ihm ist weder aus seinem Stammbaum, noch seinem Vorleben, noch aus seinen Werken zu entnehmen. Es ist mit Sicherheit festzustellen, daß er zwar das Aufgenommene weiter verwertet, aber nicht eigentliches Neues dazubringt, daß er die beziehungsvolle Gruppierung der Umstände wohl glaubt, aber immer erst darauf aufmerksam gemacht werden muß usw. Es ist endlich schon öfters betont worden, wie günstig die Umstände in diesem Fall für eine Beeinflussung zusammentreffen. Es ist demnach bei dem Manne eine Heilung nach der Trennung von seiner Frau mit Grund zu erwarten. Sollte sich diese Prognose in der Folge bewahrheiten,

so kann der Fall als seltenes Beispiel und als Beweis für die vollentwickelte, den Anschein einer echten Psychose erweckende Folie imposée im eben beschriebenen Sinne gelten.

Literatur:

1. *Schönfeldt*, Über das induzierte Irresein. Arch. f. Psych. XXVI, S. 202.
2. *Weygandt*, Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien. Halle a. S. 1905. Verlag von K. Marhold.
3. *Marandon de Montyel*, Contribution à l'étude de la folie à deux. Annal. médico-psychol. 1881.
4. *Kalmus*, Ehescheidung bei induziertem Irresein, in einem Gutachten erläutert. Arch. f. Psych. XXXV, 1902.
5. *Riedel*, Über psychische Infektion und induziertes Irresein. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen. 3. Aufl. XIV, 2, 1897.
6. *E. Meyer*, Beiträge zur Kenntnis des induzierten Irreseins und des Querulantenwahns. Arch. f. Psych. 1901, Bd. XXXIV.
7. *E. Meyer*, Über psychische Infektion (induziertes Irresein). Berlin. Klin. Wochenschr. 42. Jahrg., Nr. 22, 1905.
8. *Lasèque und Falret*, La Folie à deux ou Folie communiquée. Annal. médico-psychol. 1877, 18. Bd.

Zur Pathologie der progressiven Paralyse.¹⁾

Von

Dr. **Hugo Lukács**, Assistent.

Immer mehr Anhänger findet die Auffassung, der schon *Mendel* Ausdruck gegeben, und die neuerdings besonders von *Kraepelin* und *Pick* verfochten wird, daß nämlich die Paralyse eine allgemeine Erkrankung des Organismus sei. Allerdings überwiegen die Symptome von seiten des Nervensystems. Die in den andern Organen auftretenden anderweitigen Symptome hielt man entweder für akzidentell oder verursacht durch sekundäre zirkulatorische, trophische Störungen. Man zog die Möglichkeit nicht in Betracht, daß dieselbe Noxe, welche die Veränderungen des Nervensystems verursacht, auch primäre Erkrankungen der inneren Organe hervorrufen könnte, die dann den Symptomenkomplex der Paralyse beeinflussen müßten.

Wir müssen gestehen, daß bis jetzt das klinische Bild der Paralyse von diesem Standpunkte nicht genügend beobachtet wurde. Neben den neurotischen Symptomen und den psychischen Störungen wurden die Symptomatologie der parenchymatösen Organe und die Störungen des Stoffwechsels in auffallender Weise vernachlässigt.

Ähnlich verhält es sich mit der pathologischen Anatomie.

Die anatomischen Veränderungen des Nervensystems und seiner Blutgefäße sind bekannt; ihre Literatur ist eine enorme. Um so weniger bekannt sind die Veränderungen der übrigen

¹⁾ Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der königlich-ungarischen Franz-Josef Universität zu Kolozsvár. Vorstand: Prof. Dr. *Karl Lechner*.

Organe. Am meisten wurden noch das Herz und die großen Gefäße untersucht.

In den letzten Jahren kamen einige hervorragende Kliniker (*Robertson, Douglas, Jeffroy* usw.) durch die Beobachtung, daß bei der Paralyse durch Desinfektion des Darmtraktes, durch Beförderung der Verdauung usw. eine bedeutende Remission zu erreichen ist, zu dem Schlusse, daß die Paralyse durch eine vom Darmtrakte ausgehende Autointoxikation bedingt sei. *Robertson* und *Bruce* gingen noch weiter, indem sie behaupteten, die krankheitsregenden Toxine seien bakteriischen Ursprungs; sie meinten sogar den Krankheitsträger in dem *Bacterium coli commune* gefunden zu haben. Ihre Behauptung stützten sie mit serodiagnostischen Beweisen. Ihre Versuche wiederholte *Baumann*, doch mit negativem Erfolge. Aber auch er behauptet, daß Störungen der Darmfunktion die Symptome der Paralyse steigern, während bei guter Darmfunktion sich Remissionen einstellen. Auch Professor *Lechner* kam auf unserer Klinik zu denselben Ergebnissen.

Jedenfalls zeigt die Lehre von der Rolle der Autointoxikation bei der Paralyse, daß die Beobachtung der Organerkrankungen nicht nur aus klinischen Ursachen notwendig, sondern auch therapeutisch von großer Wichtigkeit ist.

Fünzig klinisch beobachtete Fälle mit Sektionsbefunden liegen mir vor, die, vorzüglich vom pathologisch-anatomischem Standpunkte angesehen, klinischen und pathologischen Betrachtungen als Stützpunkt dienen können.

Die bisher gemachten, nicht nur das Nervensystem, sondern auch die übrigen Organe in Betracht ziehenden pathologisch-anatomischen Untersuchungen hatten, abgesehen von den Arbeiten einiger französischen Autoren, fast immer den Zweck, durch diese Befunde die ausschließliche oder nur hauptsächliche Rolle der Lues in der Ätiologie der Paralyse zu beweisen. Das Resultat ist, wie bekannt, ebenso fraglich wie bei der Statistik.

Die Ursachen davon liegen nahe. Das eine Hauptmoment ist die Elektivität der Lues. Die Syphilis trifft nicht immer dieselben, auch nie sämtliche Organe. Außerdem sind, abgesehen von den typischen Symptomen der drei Stadien, die durch Lues bei Paralyse verursachten Veränderungen keine spezifischen. Weder

die Formen der Reaktion des lebenden Organismus noch die anatomischen Veränderungen sind ausschließlich für Lues bezeichnend.

Auch der Anatom kann die Diagnose nur dadurch stellen, daß er die Lage, die Kombination der Veränderungen, das Alter des Individuums usw. in Betracht zieht, andere Reize ausschließt usw.

Das Problem der Ätiologie wird nur dann zu lösen sein, wenn es gelingen wird, eine spezifische Reaktion zu finden. Vielleicht wird das auf serodiagnostischem Wege möglich werden.

Wir räumen in der Ätiologie der Syphilis den bedeutendsten Platz ein. Auch unsere Fälle beweisen dies mit großer Gewißheit. Aber sie beweisen auch, was besonders *Naecke* in seinen Arbeiten öfter betont hat, daß nämlich, wie die übrigen Nervenkrankheiten, so auch die Paralyse sich auf dem Grund der Degeneration entwickelt. Auch hier muß ich darauf hinweisen, was ich schon öfter hervorgehoben habe, daß die erworbene Morbidität des Organismus der Degeneration gleichgestellt werden muß. Unter Morbidität verstehe ich eine Minderwertigkeit des Organismus, die durch vorhergegangene Erkrankungen hervorgerufen wurde. Mit andern Worten: die erworbene Disposition halte ich für gleichbedeutend mit der Degeneration.

In unseren Fällen gelang es mir zu Lebzeiten der Kranken siebenmal eine vorangegangene Lues zu eruieren. Eine erbliche Belastung war dagegen in 15 Fällen zu konstatieren. In drei Fällen litten die Kranken vor dem Auftreten der Paralyse an andern Psychosen. Also war familiäre Belastung in 36 0/0, Lues dagegen nur in 14 0/0 vorhanden. Ich muß noch hinzufügen, daß kaum in fünf Fällen Degenerationszeichen fehlten.

Hinsichtlich der luischen anatomischen Veränderungen habe ich drei Kategorien aufgestellt. In die erste gehören die Fälle, bei denen mit größter Wahrscheinlichkeit luische Veränderungen zu erkennen waren. In der zweiten Kategorie war die Wahrscheinlichkeit geringer, noch geringer in der dritten.

In die	I. Kategorie	fallen 19 Fälle,	38 0/0
" "	II.	" " 9 "	18 0/0
" "	III.	" " 15 "	30 0/0.

Keine luische Veränderungen fanden sich in sieben Fällen, 14 %.

Es ist meine Aufgabe, die Fälle, welche ich in obige Kategorien gereiht habe, zu beschreiben. Eigentlich müßte ich jeden Fall besonders besprechen, denn, wie schon erwähnt, mußte ich sehr viele Momente in Betracht ziehen, so das Alter, anderweitige, hauptsächlich tuberkulöse Veränderungen, dann die Zahl der erkrankten Organe usw.

Für luische Veränderungen nahmen wir: die endarteritischen Veränderungen der basalen Gehirnarterien, der Aorta, des Herzens, der peripheren Gefäße, wenn die betreffenden Individuen nicht über 40 Jahre alt waren, das Fehlen der Diploe (auch hier mit Bezugnahme auf das Alter), die Exostosen des Schädels und Verdickungen der Schädelwand; die luischen Narben an den Genitalien, auf dem Kopfe, an den Unterschenkeln (pigmentierte Narben wurden nicht in Betracht gezogen). Ein wichtiges Zeichen war die Perforation des Gaumens. Hierher gehörten auch Verdickungen der Leberkapsel und der Milz. In diesen Fällen mußten natürlich Alkoholismus, tuberkulöse Veränderungen usw. ausgeschlossen werden können. Noch größere Vorsicht geboten die Veränderungen und narbigen Stellen der Nierenkapsel. Wir fahndeten nach Syphilomen der Organe, Atrophie der Sehnerven, Spuren von Iritis, charakteristischen Leukodermen. Endlich dienten als Zeichen von Lues die Veränderungen der Drüsen der Zungenwurzel.

In der I. Gruppe hielten wir die Veränderungen des Schädelknochens — auch *Naেকে* legt auf diese Gewicht — und die Endarteritis, mit Rücksicht auf das Alter, für unerlässlich. Außerdem hielten wir noch drei andere auf Lues verdächtige Symptome für nötig.

Auch in der II. Gruppe bildete die Endarteritis ein unerlässliches Postulat. Doch begnügten wir uns hier mit einer hochgradigen Verminderung der Diploe und noch mindestens zwei verdächtigen Symptomen.

In die III. Gruppe gehörten die Fälle, in denen die Endarteritis nicht stark entwickelt war oder durch das Alter begründet erschien, in denen die Diploe vermindert und eine Binde-

gewebswucherung der parenchymatösen Organe vorhanden war und außerdem eins oder das andere der erwähnten Symptome sich fand.

Ich wiederhole: auch bei der angewendeten rigorosen Kritik bleibt die Beurteilung der Fälle eine subjektive. Jedenfalls ist es ein vielsagendes Ergebnis, daß 86 % der Fälle auf Grund der Sektion mit Wahrscheinlichkeit Zeichen luischer Herkunft aufwiesen, während auf Grund der klinischen Anamnese Lues nur bei 14 % festgestellt worden war. Wir müssen daher den pathologisch-anatomischen Beweis für die luische Ätiologie der Paralyse für sehr wichtig erklären.

Auf die Frage, wie die Paralyse auf Grund der luischen Infektion entsteht, können wir heute, wo wir die Späterscheinungen — nach *Möbius* die metasymphilitischen Erscheinungen — der Lues noch nicht bestimmen können, noch nicht beantworten. *Tschisch* hatte in einer Abhandlung die Ansicht ausgesprochen, daß die Syphilis, die sonst Herderkrankungen verursacht, in diesen Fällen als eine Allgemeinerkrankung auftritt. Dies sei dadurch bestätigt, daß die luische Infektion im akuten Stadium, wie dies oft eruiert werden kann, bei den späteren Paralytikern nur primäre, aber keine sekundäre und tertiäre Erscheinungen hervorzurufen pflege. Im Gegensatz zu dieser Auffassung wollen andere Autoren die Lues nur als eine prädisponierende schwere Erkrankung betrachten, wie es deren mehrere geben soll.

Von diesen letzten scheinen die französischen Autoren *Kippel*, *Séglas*, *Régis* besonders der Tuberkulose eine große Rolle in diesem Sinne einräumen zu wollen. Der lange Kampf, den der Organismus mit dem *Kochschen* Bazillus zu bestehen hat, erschöpft ihn. *Kippel* fiel es auf und unsere Fälle bestätigen dies, wie oft in den Lungen der Paralytiker sanierte, verkalkte tuberkulöse Herde, pleuritische Verwachsungen ohne phthisische Erscheinungen zu finden sind. Das widerspricht andererseits nicht dem, daß eine luische Infektion das Fortschreiten der Tuberkulose beschleunigen kann. Auch die Paralyse kann ihren vernichtenden Einfluß hier ausüben.

Tuberculosis inveterata sanata fand sich in unseren Fällen 8mal,

Pleuritis adhaesiva ohne andere tuberkulöse Erscheinungen 10mal,

neben verkalkten Herden akute Prozesse 6mal,

akute Phthise 6mal,

ohne tuberkulöse Erscheinungen waren 21.

Die tuberkulösen Veränderungen fanden sich hauptsächlich in den Lungen und in den Bronchialdrüsen, nur in drei Fällen in den Nieren und im Darmtrakte.

Auch der Alkoholismus spielt wahrscheinlich nur eine ähnliche, also die Morbidität hervorrufende Rolle. Viele Autoren nehmen eine Paralyse auf alkoholischer Grundlage an. Die Koinzidenz beider Erkrankungen ist auch eine häufige, doch dürfen wir nicht vergessen, daß ein Alkoholiker im pathologischen Sinne ipso facto ein Degenerierter ist. Denn der Alkoholmißbrauch macht noch nicht den Alkoholiker; der Alkoholismus ist eine degenerative Psychoneurose. Auch muß in Betracht gezogen werden, daß die Lebensweise eines Trinkers die Akquirierung der Lues höchst wahrscheinlich macht. Bei diesen Individuen ergeben sich also alle Vorbedingungen der paralytischen Erkrankung. 22 % unserer Kranken waren Alkoholiker. Bei vierten von den elfen ergab die ätiologische Nachforschung Lues, in fünf Fällen sprechen die anatomischen Veränderungen für die Annahme der Lues, und nur bei zweien der Fälle erscheint es fraglich, ob eine Infektion vorhanden war. Diese Zahlen scheinen dafür zu sprechen, daß der Alkoholismus als Degenerationszeichen und als prädisponierend betrachtet werden muß. In fünf Fällen war tatsächlich auch die hereditäre Belastung zu eruieren. (Ich muß hier noch bemerken, daß bei 12 % aller Fälle Trunksucht der Eltern als hereditäre Belastung vorlag.)

Ein weiteres, nicht zu vernachlässigendes, die Morbidität verursachendes Moment bilden bei Frauen die chronischen Krankheiten der Genitalien. Von 15 Frauen waren bei 8 (also 53 %) chronische Metritis, Perimetritis, Oophoritis usw. vorhanden. Die Neurologie rechnet schon lange mit der neuropathisch prädisponierenden Rolle dieser Erkrankungen. Es ist bekannt, wie sie den Organismus schwächen und erschöpfen.

Eine sehr wichtige Rolle spielen in dieser Hinsicht die infektiösen Krankheiten des Kindesalters. In der Neurologie wird ihr schädigender Einfluß immer mehr gewürdigt. Sie bilden dort die häufigste Ursache der erworbenen Degeneration. Wir legen jetzt auf unserer Klinik viel Gewicht auf ihre Erforschung. In den vorliegenden Fällen fehlen mir leider diesbezügliche Daten.

Während einige französische Autoren den Einfluß der Degeneration (*Magnan*) und des Alkohols (*Roussel*) leugnen, spielt nach ihnen in der Ätiologie die sogenannte Praedisposition neuro-arthritique eine große Rolle. Nach *Roussel* würde der Alkoholismus sogar nur diese hervorrufen. Arthritis selbst fanden wir nur in einem Falle, in fünf Fällen akute Endokarditis. Die chronischen endarteritischen Veränderungen sind nicht von diesem Standpunkte zu betrachten. Jedenfalls müssen wir bei der Obduktion auch auf dies achten.

In der Ätiologie kommt nach unserer Ansicht eine nur die Morbidität erschwerende Rolle einer langen Reihe von infektiösen Erkrankungen zu: Malaria (*Obersteiner*, *Kraepelin*, *Marandon*), Gicht (*Régis*), Rheumatismus (*Pierret*, *Contesse*), Erysipelas (*Bailarger*), Typhus (*Christian*) usw. Die Spuren der letzten Krankheit fanden wir in zwei Fällen.

Wie bei der neuropathischen Degeneration findet sich auch hier oft das Trauma. In zwei Fällen erlitten die Kranken Trauma im Knabenalter; in einem Falle ist es als das auslösende Moment (?) der Paralyse verzeichnet.

In keinem Falle spielt geistige Übermüdung eine Rolle, die ich überhaupt als ausschließliche Ursache der Paralyse nicht akzeptiere.

Dies wären im allgemeinen die Momente, welche hier als Morbidität, Prädisposition verursachend in Betracht kommen.

Wenden wir uns nun den anatomischen Veränderungen zu.

Von den Organen der Paralytiker wiesen das Herz und die großen Gefäße am häufigsten Veränderungen auf. Bei diesen müssen wir aber immer mehr auf das Alter der Kranken Rücksicht nehmen. Da dies überhaupt von Wichtigkeit ist, wollen wir die Altersstatistik unserer Fälle mitteilen.

Zwischen dem 25.—30. Jahre standen	1,
„ „ 30.—35. „ „	8,
„ „ 35.—40. „ „	13,
„ „ 40.—45. „ „	18,
„ „ 45.—50. „ „	6,
älter waren	4.

80 % der Fälle erreichten also das Senium auch dann nicht, wenn wir den Anfang des Seniums auf 45 Jahre setzen.

Von Bedeutung ist ferner die Dauer der Krankheit.

Bis 6 Monate	11
„ 1 Jahr	15
„ 2 „	16
„ 3 „	6
„ 4 „	2.

Ich muß noch bemerken, daß wir nach Möglichkeit die Zeit des Prodromiums mitrechneten.

Was am Herzen am meisten auffällt, ist, daß es in fast allen Fällen erweicht, fast in sich zusammenfallend erscheint, so wie es bei Fragmentation zu sein pflegt. In den Diarien war Fragmentatio cordis auf Grund mikroskopischer Untersuchung nur fünfmal verzeichnet.

Über die Bedeutung der Fragmentation sind die Kliniker noch nicht im reinen. Jedenfalls ist das häufige Vorkommen bemerkenswert.

Ein großes Prozent ergeben die zur Insuffizienz führenden endokarditischen Veränderungen, die in unseren Fällen 24% betragen. Davon ergibt die Aorteninsuffizienz bzw. Stenose 75%. Schon dies weist darauf hin, daß wir es mit einem der Endarteritis entsprechenden Prozesse zu tun haben. In drei Fällen wurde akute verrucöse Endokarditis gefunden, was als eine akzidentelle Erkrankung anzusehen ist.

66% der Fälle bieten das Bild der Endarteritis der Aorta. 24% die der kleineren, besonders der Arterien der Gehirnbasis. In der Literatur finden wir das gleiche Ergebnis oft verzeichnet, so daß z. B. *Kippel* dies für ein ständiges Symptom der Paralyse hält. Nach *Straub*, der in 82 Fällen 62 mal dies Symptom fand, wäre diese Endarteritis von den übrigen verschieden, indem nie Verkalkung oder Verfettungsprozesse vorhanden wären. Nach

ihm fände sich eine ähnliche Endarteritis nur bei Lues. Unsere anatomischen Befunde bestätigen dies nicht.

Wir müssen hervorheben, daß von den 22 Kranken im Alter unter 40 Jahren bei 14 die Endarteritis vorhanden war, also in 64%, bei den älteren Kranken bei 19 von 28, also in 68%. Dies spricht dagegen, daß wir die Endarteritis für eine senile Erscheinung halten sollen. Dagegen spricht auch der Grad der Erkrankung, der bei jüngeren Individuen oft schwerer erscheint. In Betracht muß auch der Alkoholismus gezogen werden.

Die Lues verursacht bekanntermaßen Endarteritis. Aber in unseren Fällen muß man noch eins vor Augen halten. Wir werden sehen, daß auch die Veränderungen der parenchymatösen Organe, des Darmtraktes auf eine frühe Abnutzung, auf ein frühes Senium hinweisen.

Eine häufige Veränderung bildet die einfache Atrophie der Leber, der Milz, der Nieren und der Gedärme. Sie war in 56% unserer Fälle besonders auffallend. Von der einfachen Atrophie unterscheiden wir die cyanotische, die in 16% vorhanden war.

Auch bei Beurteilung dieser Veränderungen muß das Alter der Kranken und die Dauer der Krankheit in Betracht gezogen werden. Unter 40 Jahren war sie in 14, darüber in 14 Fällen vorhanden. Also nicht der Einfluß des Lebensalters ist von der größten Bedeutung. Dagegen fand sich die Atrophie nur elfmal in den Fällen, bei denen die Krankheitsdauer weniger als ein Jahr betrug, und 17mal bei den übrigen. Daraus wäre zu folgern, daß die Krankheitsdauer schon eine bedeutendere Rolle spielt.

Ich muß hervorheben, daß diese Atrophie so hochgradig bei keiner Kachexie zu finden ist, ausgenommen bei sehr vorgeschrittenem Senium. Ich halte diese Atrophie bei einer Gruppe der Paralyse für charakteristisch.

Für ihre Entstehung ist bezeichnend, daß sie in keinem Verhältnisse zur allgemeinen Ernährung steht. Ein Maß für die letztere bietet das Fettgewebe der Haut. Bei der senilen Atrophie entspricht dies der Atrophie der parenchymatösen Organe, bei der Paralyse nicht. Es wäre wichtig, den Entstehungsprozeß dieser Atrophie kennen zu lernen.

Ich bin der Überzeugung, daß ein Zusammenhang zwischen den klinischen Stadien und dem Entwicklungsprozeß zu finden wäre.

Nach *Kippel* wäre die durch ihn „vasoparalytisch“ benannte Degeneration eine konstante Veränderung. Ihre Diagnose bedarf einer mikroskopischen Untersuchung. Die durch ihn beschriebene weißgefleckte Leber fanden wir in drei Fällen.

Häufig findet sich die parenchymatöse Degeneration. Doch bildet sie bei weitem keine konstante Erscheinung, und wenn in Betracht gezogen wird, daß sich während der Paralyse inzidentelle, fieberhafte Krankheiten oft einstellen, so müssen wir diese Veränderungen als vom paralytischen Prozesse unabhängige auffassen.

Sehr oft finden sich die Nieren verändert. *Bristowe* fand von 75 Fällen in 60, *Bianchi* von 20 in 13 Nephritis. Direkte nephritische Veränderungen fanden wir nur zweimal. Aber die übrigen Veränderungen: Narben (5), parenchymatöse Degeneration (4), Atrophie (36), ergaben einen Prozentsatz von 90. Auch hier wäre es ein Fehler, alle Veränderungen als Folgen einer Grundkrankheit aufzufassen.

In noch höherem Maße gilt dies für die Veränderungen der Milz. Normal fanden wir dies Organ in keinem Falle. Am häufigsten fanden sich Perisplenitis, Cyanose, Hypertrophie des Interstitiums und Atrophie.

Am wenigsten — doch in 36% — war die Leber verändert.

Bevor wir die unbedingt akzidentellen Veränderungen beschreiben, möge es erlaubt sein, einiges zu diesen konstant genannten Erscheinungen zu bemerken.

Schon daß sie konstant genannt werden, ruft Widerspruch hervor. Jede der Veränderungen weist für sich den Prozentsatz 50–90 auf. (Bemerkt muß aber werden, daß kaum ein Fall sich fand ohne eine oder andere dieser Veränderungen.) Nach meiner Ansicht spricht dies nicht gegen die Auffassung, daß wir es mit Symptomen, welche für die Paralyse charakteristisch sind, zu tun haben, sondern mehr dafür, daß die Paralyse von der elektiven Infektion *par excellence*, der Lues, bedingt ist.

Betrachten wir, inwiefern die paralytischen Veränderungen des Gehirns konstant sind.

Wir fanden:

Atrophia corticis, Hydrocephalus, Leptomeningitis u. Ependymitis in 10 Fällen,	
Atrophie, Hydrocephalus, Leptomeningitis	„ 10 „
Hydrocephalus, Leptomeningitis	„ 8 „
- Ependymitis	„ 9 „
- Atrophie, Leptomeningitis, Pachymeningitis	„ 4 „
dieselben und Ependymitis	„ 3 „
nur Atrophie	„ 3 „
- Hydrocephalie	„ 3 „
- Leptomeningitis	„ 1 Falle,
- Hyperämie und Ödem	„ 1 „

Diese Statistik beweist, was übrigens alle Autoren bestätigen, daß auch die Veränderungen des Gehirns kein einheitliches Bild geben.

Die pathologische Anatomie der Paralyse ergibt weder am Gehirn noch an den übrigen Organen ein einheitliches Resultat.

Wir müssen noch bemerken, daß die paralytischen Veränderungen des Gehirns und seiner Häute auch unter dem Mikroskop keine für die Paralyse spezifischen Merkmale aufweisen. Trotz den vielen großangelegten Untersuchungen ist die Paralyse unter dem Mikroskop nicht ohne allen Zweifel zu erkennen. Dies hervorzuheben ist wichtig; denn somit ist es unwahrscheinlich, daß an den übrigen Organen ein spezifisches Zeichen gefunden werden könnte.

Wenn wir all dies bedenken, wird es ersichtlich, wie schwer eine Antwort auf die Frage zu finden ist: ob die oben als konstant beschriebenen Veränderungen strikte zum pathologischen Bilde der Paralyse gehören.

Die meisten Autoren halten sie für sekundäre Folgen der Erkrankung des Nervensystems. Es liegt nahe, zu glauben, daß sie durch zirkulatorische und trophische Einflüsse entstehen.

Wir müssen aber bedenken, daß zwischen den klinischen Symptomen und den Veränderungen des Gehirns kein so bestimmter Zusammenhang besteht wie bei den anderen organischen Gehirnkrankheiten. Wir wissen z. B., wie veränderlich die paralytischen Lähmungen sind, wie schnell sie sich aufheben. In all diesen Fällen wird eine zirkulatorische Störung angenommen, um so mehr, da die Ursache einer bestehenden Lähmung post

mortem in den meisten Fällen nicht zu finden ist. Dasselbe gilt für die Insulte. Aber noch mehr. Auch die anatomischen Veränderungen stehen nicht miteinander in dem typischen Zusammenhang wie bei den übrigen organischen Erkrankungen. Das beste Beispiel bietet dafür die graue Degeneration des Rückenmarkes, die hier immer atypisch ist.

Die Frage wäre nun die: Sind die Veränderungen des Herzens, der parenchymatösen Organe, des Darmtraktes durch zirkulatorische und trophische Störungen bedingt? Wir müssen eingestehen, daß dies hypothetisch ist. Auch sind sonst bei schweren, durch lange Zeit bestehenden organischen Veränderungen des Gehirns, wie den übrigen Enkephalopathien, Schädigungen, Tumoren, Zerstörung der Gehirnssubstanz bei Apoplexien, keine ähnlichen Veränderungen zu finden. Noch wichtiger ist der Hinweis auf die durch das ganze Leben bestehenden Porenkephalien, bei denen eine ähnliche Schädigung der übrigen Organe nicht besteht. (Angeborene Hypoplasie der Organe als degenerative Zeichen kommen vor.) Es ist wahr, ein bedeutender Unterschied ist vorhanden, nämlich der, daß die Paralyse eine progrediente Erkrankung ist. Aber die beschriebenen Veränderungen stehen in keiner Weise mit dem Grad der zerebralen Veränderung im Verhältnisse.

Wenn wir annehmen, daß der Krankheitserreger der Paralyse auch die Endarteritis, die Klappenfehler, die Fragmentation des Herzens, die Atrophie des Darmtraktes, der blutbildenden, den Stoffwechsel beherrschenden parenchymatösen Organe verursacht, so können wir mit vollem Rechte der Auffassung beipflichten, nach welcher die Symptome der Paralyse nur teilweise durch Veränderungen des Nervensystems bedingt erscheinen, zum anderen Teil auch durch die im Organismus sich ansammelnden Toxine. Die Schwere der Autointoxikation hält Schritt mit dem regressiven Prozesse der inneren Organe.

Das eine ist gewiß: die Veränderungen des zentralen Nervensystems können auch die neurologisch bekannten motorischen Störungen nicht erklären. Wir müssen unbedingt eine vorübergehende, funktionelle Störung annehmen. Und da sollen wir die Erklärung der nervösen Symptome nicht auch in toxischen Ein-

flüssen suchen, zu deren Entstehung doch alle Faktoren vorhanden sind?

Wagner-Jauregg beschrieb unter dem Titel „Psychosen durch Autointoxikation vom Darne aus“ Psychosen toxischen Ursprunges, *Jacobson* bei Proctitis ulcerosa und Colitis, *Solier* bei Coprostase. Die Wahrscheinlichkeit, daß Psychosen durch Autointoxikation hervorgerufen werden können, betonten *Hamilton*, *Séglas*, *Régis*, *Kippel*. Ich weise auf die Arbeit *Binswangers* und *Bergers* über das „Entstehen des Delirium acutum durch Infektion und Autointoxikation“ hin. Was sie von dem Delirium acutum sagen, findet seine Gültigkeit in noch höherem Maße bei der Paralyse, bei welcher alle Bedingungen für die Bildung von Toxinen bestehen. Ein degenerierter Organismus, durch Lues geschwächt, dessen Nervensystem, Herz, Darmtrakt usw. pathologisch verändert ist, besitzt nicht nur keine genügende Widerstandskraft gegen Infektionen, sondern bietet alle Bedingungen einer Autointoxikation.

Wenn wir noch wissen, daß neben den beschriebenen Atrophien Geschwüre des Darms, Enteritis, Proctitis, Dysenterie, Darmblutungen während der Paralyse häufige Erscheinungen bilden, daß Decubitus nie fehlt, daß ein Paralytiker mit gesunder Lunge zu den Seltenheiten gehört, so müssen wir einsehen, daß sich bei der Paralyse fortwährend Toxine bilden.

Die klinische Beobachtung spricht auch dafür. Doch muß ich hier nochmals hervorheben, daß die klinische Beobachtung gerade in dieser Hinsicht leider viel zu viel vernachlässigt wurde. Das gutzumachen ist Aufgabe der Zukunft. Soviel glaube ich auf Grund klinischer Beobachtung der Temperatur und Nierenfunktion behaupten zu können, daß genaue klinische Beobachtungen für den toxischen Ursprung vieler Symptome sprechen werden.

Wir haben gesehen, daß das pathologisch-anatomische Bild der Paralyse kein einheitliches ist, daß, wenn wir auch die Lues für eine *conditio sine qua non* halten, sehr viele ätiologische Momente in Betracht kommen. Wenn wir noch bemerken, daß das psychische und klinische Bild der Paralyse auch kein einheitliches ist, so müssen wir der Ansicht meines werten Chefs,

des Herrn Professor *Lechner*, beipflichten, daß die Paralyse überhaupt kein einheitliches Krankheitsbild ergibt.

Wir kommen zu den folgenden Schlüssen:

1. Das Hauptmoment in der Ätiologie der Paralyse bildet neben der hereditären und erworbenen Degeneration (Morbidität) die Lues.

2. Zu dem pathologisch-anatomischen Substrat der Paralyse gehören neben den Veränderungen des Nervensystems auch die Atrophie und Degeneration des Herzens, der Gefäße, der parenchymatösen Organe und des Darmtraktes. Diese Veränderungen sind wenigstens teilweise keine sekundären Folgeerscheinungen, sondern primär entstanden wie die des zentralen Nervensystems.

3. Die Symptome der Paralyse, eingeschlossen die psychischen Erscheinungen, sind nicht nur durch die Veränderungen des Nervensystems und zirkulatorisch-trophische Folgeerscheinungen bedingt, sondern teilweise toxischen Ursprunges.

Zur Lehre von den kombinierten Psychosen.¹⁾

Von

Dr. Erwin Stransky, klinischem Assistenten.

Das in der topischen Diagnostik der Nervenkrankheiten vorherrschende Bestreben, vorhandene Krankheitssymptome immer möglichst auf einen Herd zu beziehen, findet sein Pendant in der gerade die moderne Psychiatrie auszeichnenden Tendenz, jede im Einzelfall bestehende Geistesstörung aus einem möglichst einheitlichen Gesichtspunkte heraus zu betrachten: jedes temporär bestehende Zustandsbild soll gleichsam als ein notwendiger Teil einer organisch bedingten Kontinuität erscheinen, welche die Psychose in ihrem Gesamtverlaufe bildet. Indem die neuere psychiatrische Richtung immer mehr diesem Ziele zustrebt, indem sie immer mehr die einzelnen Krankheitsfälle als kasuistische Belege für bestimmte Verlaufstypen hinstellen sich bemüht, läßt sie die früher so häufig diagnostizierten Sekundärzustände immer mehr zusammenschrumpfen. Von „Umbildungen einer Psychose in eine andere“ (*Nasse*) oder von „sekundären Paralyse“ kann vollends nicht mehr die Rede sein. Und naturgemäß wird auch die Möglichkeit einer „Kombination“ von Geistesstörungen von einem Psychiater neuerer Richtung nur mit einem gewissen Mißtrauen ventiliert.

Gerade wer sich in vielen Punkten rückhaltlos der modernen klinischen Richtung anschließt, wird es nun mit Freuden begrüßen,

¹⁾ Aus der k. k. I. Psychiatrischen Universitätsklinik in der nieder-österreichischen Landesirrenanstalt in Wien. Nach einem auf der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran 1905 gehaltenen Vortrage.

daß dieselbe manche bisher vindizierte und doch unhaltbare Position neuestens aufzugeben gewillt ist. Dahin gehört das bisher fast beharrlich festgehaltene Negieren des Vorkommens echter Sekundärzustände -- oder möge man es anders nennen -- nach Amentia; hier hat *Kröpelin* nunmehr ausgesprochen, daß solche psychische Schwächezustände wahrscheinlich existieren; dies ist ein prinzipiell wichtiges Moment; denn meint auch *Kröpelin* -- vielleicht mit Recht --, daß die sekundäre Schwäche der Amentia mit dem hebephrenisch - katatonen Schwachsinn nicht ganz identisch sei, so fällt durch diese Annahme die praktisch und auch prinzipiell nicht haltbare Übung, wonach Prognose und Diagnose im allgemeinen zusammenfallen.

Mit dieser eben kurz gestreiften Frage ist nun die nach der Existenz kombinierter Psychosen eng verwandt. Denn wer auf dem Standpunkte steht, im Einzelfall immer möglichst eine klinische Gesamtheit zu erblicken, der entschließt sich auch zu der Annahme einer Kombination von Psychosen naturgemäß nur im zwingendsten Notfalle. Jeder einzelne derartige Fall bedarf der genauesten Analyse, sollen Irrtümer vermieden werden. In diesem Sinne halten auch die in der einschlägigen Literatur -- und diese ist nicht groß! -- niedergelegten Beobachtungen einer eingehenden Kritik zum überwiegenden Teil kaum stand. Namentlich handelt es sich häufig um Katatonien. Es bleiben indes selbst bei strenger Auswahl, wenn auch sehr vereinzelt, Fälle übrig, die schlechterdings eine andere Deutung nicht zulassen.

Ein kurzer Rückblick auf die geschichtliche Entwicklung des in Rede stehenden Gegenstandes ergibt die nachfolgenden hauptsächlichsten Daten, die uns gleichzeitig zeigen, in wie verschiedenartiger Weise der Begriff der „Kombination“ im Laufe der Jahre aufgefaßt worden ist, so daß man, ungeachtet der relativ kleinen Literatur über diesen Gegenstand, sagen kann, daß fast jeder Autor ihm eine andersartige Auslegung gibt und die Frage recht klärungsbedürftig scheint. Der Terminus „kombinierte Psychose“ findet sich expressis verbis scheinbar zuerst bei *v. Krafft-Ebing*. Dieser Kliniker versteht darunter erstlich Geistesstörungen, „die sich auf dem präexistierenden Boden einer Imbezillität, moral in-

sanity oder erworbenen Geistesschwäche entwickeln“, zweitens aber und vor allem die Kombination zweier neben- und durcheinander ihren Verlauf nehmender Psychosen. Beispiele letzterer Art sind ihm die Vergesellschaftung von Paranoia mit menstruellem Irresein, mit Paralyse, Melancholie und periodischer Manie, ferner verschiedenartige Kombinationen mit epileptischen und alkoholischen Irreseinsformen. *Magnan* widmet dem Zusammenbestehen verschiedener Irrsinnsformen bei demselben Kranken ein eigenes Kapitel: auch er bringt eine ganz analoge Umgrenzung und Kasuistik wie *v. Krafft-Ebing*; es können nach ihm zwei Geistesstörungen — er berichtet selbst über Beispiele dreifacher Kombination — gleichsam nebeneinander und ohne einander zu durchdringen, bestehen; indes läßt er auch wahre Mischformen gelten. Für *Magnan* handelt es sich gewöhnlich um konvergierende Heredität: der Nachkomme vereinigt in sich gleichsam die Psychosen der Vorfahren. *Billod*, *Hoestermann*, *Siemens*, *Gnauck*, *Pick*, *Mendel* u. a. hatten schon zum Teil in früherer Zeit einiges kasuistische Material zu dieser Frage beigebracht; es handelt sich wesentlich um die Kombination paranoischer mit melancholischen Bildern. In späterer Zeit wurde die Frage von *Mönkemöller* wieder aufs Tapet gebracht; ohne daß dieser Autor speziell auf die Abgrenzungsfrage das Hauptgewicht legt, bringt er doch wesentlich Kombinationen von Paranoia mit — periodischer — Manie. *Wattenberg* berichtet über einen Epileptiker, der später an Paralyse erkrankte und verstarb. *Ferenczi* sucht die Kombinationsformen des Irreseins in zwei Gruppen zu bringen: in assimilierte Psychosen, die entstehen, wenn zwei endo- oder exogene Geistesstörungen sich vereinigen (Paralyse und Alkoholismus, Hysterie und Paranoia, Hysterie und Manie, Imbezillität und Paranoia, Neurasthenie und Melancholie); solche „assimilierte“ Psychosen bilden dann ein „unlösbares Syndrom“. Demgegenüber spricht er von koordinierten Geistesstörungen dann, wenn eine endo- und eine exogene Psychose sich kombinieren (Paralyse und Paranoia, Morphinismus und Hysterie, Alkoholismus und Imbezillität); solche Psychosen ergäben sozusagen keine innere Verbindung und seien in ihren Bestandteilen gesondert zu erkennen; der Verfasser bringt selber

eine Kombination der letzteren Art (Paralyse-Paranoia) bei. Der neuesten Zeit gehören noch die einschlägigen kasuistischen Mitteilungen des wohl auch hier einzubeziehenden Falles *v. Grabes* (episodische Katatonie bei Paranoia) und *Raimanns* (Vergesellschaftung zweier alkoholischer Geistesstörungen) an.¹⁾

Vom Standpunkte klinischer Betrachtung aus hat sich in jüngster Zeit *Gaupp* in einer kritischen Untersuchung diesem Thema zugewandt. Er steht fast dem gesamten, in der Literatur als Beitrag zu demselben niedergelegten Materiale recht skeptisch gegenüber. Seiner Definition nach kann man von kombinierten Psychosen nur dann sprechen, wenn sich entweder zu angeborenen Anomalien Geistesstörungen als erworbene Psychosen hinzugesellen, oder wenn eine Geisteskrankheit durch andere, manchmal mehr zufällige Hirnschädigungen (Alkoholvergiftung, Blutgefäßerkrankung, senile Rindenverödung) kompliziert und in ihrem klinischen Bilde und Verlaufe verändert wird.

Es lehrt also ein Überblick über die einschlägigen Veröffentlichungen, daß der Begriff der „Kombination“ von Geistesstörungen in der Literatur eine sehr verschiedenartige Interpretation erfahren hat, ja daß sich seine Auffassung von *v. Krafft-Ebing* bis *Gaupp* in mancher Hinsicht nahezu ins Gegenteil verschoben hat. Es scheint weder die Frage, ob der Begriff der kombinierten Geistesstörung das Bürgerrecht in unserem klinischen System habe, noch dessen etwaige klinische Abgrenzung irgendwie eindeutig festgelegt. Dieser Tatbestand läßt es also vielleicht gerechtfertigt erscheinen, wenn es hier versucht werden soll, einiges zur Klärung dieses Themas beizutragen.

Es ist nun zu diesem Behufe wohl notwendig, sich diese Aufgabe in die Beantwortung zweier Fragen zu zerlegen: Wann und unter welchen Bedingungen kann man von kombinierten Psychosen sprechen, und gibt es psychische Erkrankungen, die den für diesen Begriff zu postulierenden Prämissen nach Gestaltung und Verlauf gerecht werden?

¹⁾ Nicht genügend geklärt erscheinen einige andere einschlägige Fälle, wie die von Terrien u. a., auf die hier daher nicht näher eingegangen werden soll.

Es ist nun ganz selbstverständlich, daß heutzutage niemand mehr zusammengesetzte Psychosen (im Sinne *Wernickes*, *Ziehens* u. a.) und kombinierte Geistesstörungen zusammenwerfen wird, und ebenso ist heute wohl jedem Irrenarzt die Lehre, daß ein und derselbe psychische Krankheitszustand oft verschiedenefarbte Bilder zu erzeugen vermag, in Fleisch und Blut übergegangen: es wird wohl heute kaum mehr jemand etwa die paranoiden Zustände, wie sie im Verlaufe des hysterischen, epileptischen oder alkoholischen Irreseins vorkommen können, mit der echten chronischen Verrücktheit ohne weiteres identifizieren bezw. von dieser klinisch nicht unterscheiden wollen, niemand mehr ein manisches Zustandsbild bei irgendwelchen Psychosen einer echten zirkulären Manie für gleichwertig setzen u. dergl.: auch die Nichtübereinstimmung von Einzelzügen innerhalb einer Psychose oder die Diskrepanz zwischen Affekt- und Vorstellungsleben beweist, wie wir heute wissen, keineswegs „Kombination“. Diese Lehren *Kahlbaums* — und *Kräpelins* — sind denn doch wohl der heutigen Psychiatrie nicht mehr innerlich fremd. Entschieden wird heute wohl jedermann als selbstverständlich postulieren, von kombinierten Psychosen zunächst nur unter der einen Voraussetzung zu sprechen, wenn sich vollkommen auseinander zu haltende Geistesstörungen im klinischen Sinne und nicht etwa bloß verschiedene psychotische Zustandsbilder miteinander vergesellschaften resp. aufeinanderfolgen, derart, daß jede der beiden neben oder nach der anderen ihren besonderen Verlauf nimmt.

Wollten wir uns nun aber damit begnügen, diesen Begriff lediglich durch diese eine Determinante zu bestimmen, so könnten wir nicht umhin, zuzugestehen, daß die Kombination von Psychosen eigentlich ein ungemein häufiges, ja ein fast gewöhnliches Vorkommnis darstellt. Denn es leitet ja gerade jene breite degenerative Grundlage, auf der ein gut Teil aller Geistesstörungen fußt, ihrerseits fließend hinüber zu einer Reihe ausgesprochener psychotischer Zustände, die als klinische Entitäten wohl bekannt sind: der intellektuelle und moralische Schwachsinn, die schweren konstitutionellen Hysterien, die zahlreichen Spielarten des Entartungsirreseins, sie alle bestehen ja in einer erklecklichen Anzahl von Fällen oft lange, ehe eine anderweitige Psychose hinzutritt,

und pflegen dann das Bild derselben sehr gewöhnlich in mehr minder ausgesprochener Weise zu modifizieren; manche dieser Koinzidenzfälle kann man geradezu als Krankheitstypen bezeichnen: es sei nur an gewisse Formen beim manisch-depressiven Irresein erinnert; so setzt ferner das Zusammenvorkommen von Paranoia und Hysterie bekanntermaßen sehr prägnante Bilder, zumal bei weiblichen Kranken; ein ebenso wohlbekanntes Vorkommnis ist das Interkurrieren hysterischer Züge bei der Dementia praecox; wie oft ferner diese letztere sich auf der Basis angeborener psychischer Defektzustände entwickelt, ist hinlänglich bekannt, und nicht minder oft fußen Epilepsie und Alkoholismus auf solchem Boden; fast jede Psychose kann übrigens ein a limine dermaßen stigmatisiertes Individuum befallen, und es kennzeichnen ja die oben herausgegriffenen Spezialfälle nur besonders geläufige Typen solcher Koinzidenz.

Will man also den Begriff der Kombination von Psychosen nicht a priori jeder Grenzlinie berauben und nicht verflachen lassen, so erscheint es kaum gerechtfertigt, ja geradezu unklinisch, von einer Kombination von Geistesstörungen zu sprechen, wo sich eine Psychose auf dem Boden psychischer Zustände entwickelt, die man vielleicht am besten als habituelle psychische Anomalien ansprechen kann; es hieße dies den von klinischen Gesichtspunkten aus möglichst scharf zu umgrenzenden Begriff der „Kombination“ auf ganz alltägliche Vorkommnisse ausdehnen und ihn seines eigentlichen, möglichst neurologischen Vorbildern anzupassenden Sinnes a priori vollkommen entkleiden; bald gäbe es da vielleicht bei manchen recht gewöhnlichen Krankheitsformen bei genauerem Zusehen schier mehr „kombinierte“ als einfache Fälle.

Nicht weniger inopportun will es mir scheinen, dann von „Kombination“ zu sprechen, wenn jene Geistesstörungen, die *Gaupp* als „zufällige“ bezeichnet (Alkoholvergiftung, Gefäßkrankungen, senile Prozesse), irgendeine Psychose modifizieren. Es ist ganz klar, daß es sich da um akzessorische Prozesse handelt, deren Hinzutreten zu einer Geistesstörung keinen geringeren, aber auch keinen größeren klinischen Seltenheitswert beanspruchen kann als etwa jenes zu irgendeiner somatischen Er-

krankung. Speziell die Alkoholvergiftung in ihren mannigfachen psychischen Entäußerungsformen hat sich durch ihre Frequenz ein derartiges Bürgerrecht in der Psychiatrie erworben, daß es wenig fruchtbar sein dürfte, von Kombinationen zu reden, wo eine alkoholische Geistesstörung akzessorisch zu einem anderen Krankheitsbilde hinzutritt. In wie vielen Fällen von Epilepsie müßten wir da nicht von „Kombination“ sprechen; wie gewöhnlich ist das Vorkommen akuter Alkoholpsychosen im Beginn einer Paralyse! Und was wiederum die senilen und arteriosklerotischen Prozesse anbetrifft, so setzen auch sie gleichsam erworbene psychische Habitualanomalien, so daß der Begriff der „Kombination“ mehrerer Geistesstörungen sensu strictiori auch in dieser Lesart jener scharfen Umgrenzung entkleidet wird, deren er aus den oben berührten Gründen so dringend bedarf.

Wenden wir uns nun einer weiteren Gruppe von Vorkommnissen zu, so stoßen wir zunächst auf die Tatsache des Zusammenkommens zweier oder mehrerer Krankheitsäußerungen auf gemeinsamer greifbarer Basis; hierher gehören zunächst die mannigfachen Formen des alkoholischen Irreseins, selbst dann, wenn man mit *Raimann* für jede einzelne derselben ein andersartiges, auf die Alkoholdurchseuchung des Stoffwechsels zurückgehendes Toxin annimmt: die gemeinsame greifbare Grundbasis ist doch in allen diesen und ähnlichen Fällen identisch. Und man kann doch auch nicht von einer kombinierten Erkrankung sprechen, wenn verschiedene tuberkulöse oder verschiedene syphilitische Krankheits-Manifestationen in einem Falle gleichzeitig interkurrieren; abgesehen wieder von dem in rein praktischen Erwägungen gegründeten Bedenken: denn wie ungemein geläufig sind uns bei einem Alkoholdelir Züge einer Halluzinose oder des Korsakoff oder bei einer Halluzinose manche Züge des chronischen Alkoholwahnsinns. Es bedeutete wiederum eine keineswegs unbedenkliche und zu klinischen Rückschritten disponierende Praxis, wollte man in solchen Fällen gleich von Kombinationen sprechen, wo es sich nur um eine Konkurrenz verschiedener Krankheitsäußerungen aus derselben gemeinsamen Krankheitsgrundlage handelt. Es ist klar, daß die gleichen Erwägungen auch für die verschiedenen epileptischen oder die verschiedenen

hysterischen Psychosen in Rücksicht auf ihre Konkurrenz Geltung haben; vielleicht ergibt speziell bezüglich letzterer das Studium der kürzlich von *Raimann* entwickelten Anschauungen einige Anhaltspunkte zur Rechtfertigung dieses Standpunktes, indem gerade dieser Autor für die verschiedenen hysterischen Psychosen den Standpunkt vertritt, daß sie ihrem inneren Wesen nach innig verwandt seien.

Es scheint nach jeder Richtung hin inopportun, beim Zusammenvorkommen innerlich nahe verwandter Psychosen von Kombination zu sprechen. Wann also werden wir die Möglichkeit haben, dies zu tun? Vielleicht darf nun hier an die Ausführungen *Ferenczis* angeknüpft werden; wir werden den Annahmen dieses Autors gewiß nicht in allen Details beipflichten können, denn es erscheint erstens die Unterscheidung endo- und exogener Psychosen nach dem heutigen Stande unserer ätiologischen Kenntnisse zumindest in manchen Einzelheiten von fraglichem Werte, wie schon einmal *v. Wagner* anderwärts betont hat, und andererseits erscheint auch das Speziellere an der Einteilung *Ferenczis* in vielem recht anfechtbar; es ist nicht ganz einzusehen, warum beispielsweise Paralyse und Alkoholismus homogene, Morphinismus und Hysterie oder Alkoholismus und Imbezillität dagegen heterogene Psychosen darstellen sollen: das sind zum Teil geradezu unrichtige Annahmen. Abgesehen aber von solchen Details, scheint mir *Ferenczi* nicht ganz im Unrechte, wenn er auf die bekannten — sit venia verbo — Polaritätsverhältnisse zwischen den einzelnen Psychosen hinweist, die, lange schon bekannt, durch die unter *v. Wagners* Ägide ausgeführten Arbeiten von *Pilcz* und *Raimann* vielleicht eine Art ätiologischer Basis erhalten haben. Es ist indes hier gar nicht erforderlich, so weit zu gehen, denn gerade von einer ätiologischen Klassifikation der Geisteskrankheiten sind wir noch sehr weit entfernt. Es sollte hier nur an die rein klinisch-empirische Tatsache der Affinität resp. des Antagonismus bestimmter Psychosen zueinander angeknüpft werden.

Und da ist nun die Tatsache nicht zu bestreiten, daß es gewisse Geistesstörungen gibt, die zueinander in einer Art Antagonismus stehen oder doch voneinander völlig disparat sind.

Schon seit langem war es bekannt, wie sehr gerade die Paralyse und gewisse degenerative Psychosen einander zu widerstreiten pflegen. Bekannt ist die Seltenheit der Verbindung einer Paralyse mit dem manisch-depressiven Irresein im gleichen Falle. *Pilez* konnte seinerzeit nur einen ganz einwandfreien derartigen Kasus in der Literatur ausfindig machen, den von *Scholtens*. Nicht viel weniger rar scheint auch die Verbindung echter, chronischer Paranoia mit Paralyse; es sind wohl eine Reihe derartiger Fälle in der Literatur beschrieben worden, doch halten bei näherer Prüfung heute kaum einige derselben stand: allenfalls könnte vielleicht der erste der drei Fälle *Hoestermanns*, wenn auch mit großer Reserve, hierher gezählt werden. Auch hier liegt ein exceptionelles Vorkommnis vor, indem wieder zwei Psychosen, beide als solche im späteren Leben auftretend, beide aus dem Rahmen eines einfachen psychopathischen Habitualzustandes weit heraustretend und dabei beide von ganz verschiedenartiger Genese und Dignität, miteinander sich verbinden: Hier liegt eine exquisit degenerative, dort eine exquisit erworbene, engumschriebene Psychose sensu strictiore vor. Und derlei Verquickungen scheinen erfahrungsgemäß selten und exceptionell.

Aber sie kommen vor, wenn auch als Ausnahmen! In solchen Fällen tritt der Terminus „Kombination von Psychosen“ im klinischen Sinne des Wortes in seine Rechte. Keinesfalls können derlei echte Kombinationen verglichen oder in einem Atem genannt werden mit dem koexistierenden, akzessorischen und konkurrierenden Zusammenvorkommen verschiedener psychopathischer Zustände und Geistesstörungen, von denen vorhin die Rede war. Und es empfiehlt sich, den Begriff der „Kombination“ nur für Vorkommnisse jener oben erwähnten Art zu reservieren, soll er seines klinischen Sinnes nicht beraubt werden.

Ist nun mit den soeben aufgezählten Fällen die Liste der tatsächlich vorkommenden echten Kombinationen bereits erschöpft? Keineswegs! Wir kennen noch eine andere Reihe voneinander disparater oder selbst zueinander antagonistischer Psychosen, die sehr selten, aber doch ab und zu zusammen vorkommen. So beschreibt *Magnan* zwei vielleicht einwandfreie Fälle von Epilepsie

kombiniert mit Melancholie. So ist das Vorkommen einer echten Amentia im Verlaufe der chronischen Verrücktheit in der Literatur mehrfach beschrieben, und es wurde dabei geradezu darauf hingewiesen, daß durch gewisse paranoische Wahnideen (Vergiftungsfurcht) sekundär Inanition erzeugt und so der Boden für die Entwicklung einer Amentia geschaffen werden kann.¹⁾ Sicherlich aber liegen hier exzeptionelle Fälle vor, die wohl nicht für eine innere Verwandtschaft zwischen Paranoia und Amentia zu zeugen geeignet sind. Eine solche Kombination konnte ich an unserer Klinik beobachten.

Es handelte sich um eine 50jährige, hereditär belastete Pfründnerin, bei der sich um die Zeit des Klimakteriums herum ein regelrecht paranoisches Krankheitsbild entwickelte: die Kranke hatte lebhaft Gehörstäuschungen. meist Stimmen beschimpfenden Inhaltes; auch Pseudohalluzinationen waren zu verzeichnen, ebenso Täuschungen im Bereich des Hautsinns und der Organempfindungen und (fragliche) Gesichtstäuschungen. Sie glaubte sich von unsichtbaren Geistern geplagt. Äußerlich war sie stets geordnet und orientiert, arbeitete; versuchte später auch zu dissimulieren. Nach fast neunmonatigem Anstaltsaufenthalte begann sich eines Tages ein Zustand von Verworrenheit zu etablieren, Patientin zeigte lebhaft Angst, monologisierte leise, gab nur wenig Auskünfte, äußerte die Befürchtung verbrannt zu werden, begann zu abstinieren; unter kurzen Intermissionen stieg die ängstlich-verworrene Agitation immer mehr an, die Kranke abstinierte hartnäckig, raufte und schrie furchtbar bei jeder Prozedur; nach mehrwöchentlichem Bestande stellte sich Diarrhoe und dann Fieber ein und die Patientin verschied bald darauf. Bei der Obduktion fanden sich u. a. neben allgemeinem Marasmus mehrfache Abszedierungen in den Organen und Enteritis mit Geschwürsbildung in und um das Coecum.

Hier sehen wir also zu einer Paranoia eine Psychose aus der Amentia-Gruppe — auf vermutlich interner Grundlage — hinzutreten. Ein noch weitaus selteneres Akzidens als ein solches immerhin plausibles Vorkommnis dürfte wohl die Kombination Paranoia—zirkuläres Irresein darstellen.

Von dem sehr spärlichen Material der einschlägigen Literatur dürfte fast nur Fall 1 von *Mönkemöller* einer strengeren Kritik standhalten. Bei einer Zirkulären, die ich selbst eine Zeitlang beobachten konnte, traten in der manischen Phase konstant ganz auffällige, paranoid gefärbte Beeinträch-

1) Vielleicht ließe sich manches amentiaartige Bild auf der Höhe manisch-depressiver Irreseinszustände als sekundär (Inanition, Erschöpfung) ausgelöst ähnlich erklären.

tigungsideen und Sinnestäuschungen, sowie auch Größenideen auf, die auch im Intervall und in den depressiven Phasen nicht ganz korrigiert wurden. Indes schien mir dieser Fall nicht einwandfrei genug, um ihn neben der klassischen Beobachtung *Mönkemöllers* als gleichwertig figurieren zu lassen, wenngleich die von der Kranken — einer Frau im klimakterischen Alter — produzierten Wahnelemente und Sinnestäuschungen einen dermaßen paranoischen Charakter und selbst eine Systematisationstendenz zeigten, die über das beim manisch-depressiven Irresein diesbezüglich gewohnte Maß doch einigermaßen hinausgingen.

Einwandfreie Fälle solcher und ähnlicher Art sind also gewiß äußerst selten; es sind aber Ausnahmefälle, echte Kombinationen völlig disparater Geistesstörungen, deren Zusammenkommen wir sicherlich stets erst in letzter Linie, gleichsam per exclusionem, diagnostizieren werden, zumal ja bei einfachen Seelenstörungen, z. B. bei der *Dementia praecox*, die Verquickung von selbst zirkulär verlaufenden Stimmungsanomalien mit paranoischen Zügen vorkommen kann. Sicherlich aber geht *Gaupp* zu weit, wenn er die Existenz solcher echter Kombinationen schlangweg bestreitet und vom klinischen Standpunkte aus „vor allem keine Kombination von affektiven Psychosen mit paranoischen Erkrankungen“ anerkennen will. Solche Ausnahmefälle vermögen doch weder der klinischen Richtung noch ihren großen Errungenschaften Einbuße zu tun; mit der nötigen Präzision umgrenzt, stützen sie diese vielmehr.

Sind nun die bisher erwähnten Fälle Beispiele zum Teil simultaner Kombination, so gibt es wieder andererseits solche, wo man vielleicht von sukzessiver Kombination zweier Psychosen sprechen kann. Hierher ressortiert wohl in vieler Hinsicht schon die Kombination zirkuläres Irresein — Paralyse, insofern diese beiden Psychosen einander aus naturnotwendigen Gründen zeitlich gleichsam ablösen. Ferner ressortiert hierher die seltene Kombination von genuiner Epilepsie mit Paralyse. Fraglich erscheint es mir, ob es ganz statthaft ist, Fälle, in denen eine *Lues cerebri* in eine Paralyse hinüberleitet, als echte — sukzessive — Kombination anzusehen, insofern beide auf verwandtem, wenn auch nicht identischem Boden fußen.

Ebenso wie natürlich bei der simultanen Kombination, können, zumindest temporär, auch bei der sukzessiven Kombination von

Psychosen beide Zustandsbilder voneinander abfärben, gleichsam eine Art Mischzustand ergeben, wie ihn etwa *Mönkemüllers* Kasus darbietet. Gerade dieses mehrfach beschriebene gegenseitige Siehdurchdringen verschiedenartiger Psychosen im gleichen Zeitpunkte, wie es in der einschlägigen Literatur mehrfach beschrieben worden ist, setzt natürlich die größten diagnostischen Schwierigkeiten und muß stets zur größten Vorsicht mahnen. Liegt doch gerade da die Gefahr sehr nahe, zusammengesetzte und kombinierte Psychosen miteinander zu verwechseln, was gewiß auch da und dort vorgekommen sein mag. Man wird fordern müssen, daß zur Diagnose „Kombination“ nicht bloß ein synchrones Nebeneinander von Zügen verschiedener Psychosen, sondern vor allem eine gewisse Unabhängigkeit der einzelnen Teilphasen des Gesamtkrankheitsbildes nachgewiesen werden, daß jede der beiden während eines längeren Zeitabschnittes wenigstens in möglichst ungetrübter Reinheit nachgewiesen werden muß. Insofern werden wir eigentlich den Unterschied zwischen simultaner und sukzessiver Kombination gewiß nur als einen gradweisen — und nicht als einen wesentlichen — aufzufassen geneigt sein, insofern auch im ersten Falle innerhalb eines freilich nach zwei Richtungen hin begrenzten Zeitraumes die beiden heterogenen Phasen gegeneinander sich abgrenzen resp. aufeinanderfolgen, während wieder andererseits bei den Sukzessivkombinationen ein temporäres Konkurrieren der disparaten Einzelzüge in der Übergangszeit nicht ganz ungewöhnlich ist, wie das Studium der einschlägigen Kasuistik lehrt.

Hinweisen möchte ich noch kurz auf jene, wie es scheint, vereinzelt vorkommenden sukzessiven Kombinationen, in denen sich an eine Amentia eine Paralyse anschließt. Eine bisher kaum beachtete sukzessive Kombination scheint aber die von manisch-depressivem Irresein und Katatonie zu sein. Einen Fall dieser Art, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, möchte ich hier kurz mitteilen.

Es handelte sich um einen 23 jährigen hereditär belasteten jungen Mann, der nach der Anamnese schon vor etwa zwei Jahren eine transitorische Psychose vom gleichen manischen Typus¹⁾ durchgemacht hatte.

¹⁾ Die bezüglichlichen Daten verdanke ich der Liebenswürdigkeit des Herrn k. u. k. Reg.-Arztes Dr. *Mattauschek*, der den damals im militärischen Dienst-

Unserer Klinik ging er nun mit einer ganz typischen Manie zu (Dezember 1903): er bot das Bild gehobener, bald heiterer, bald zornig gereizter Stimmung bei gesteigerter Erregung (Rededrang, Ruhelosigkeit), war renommiersüchtig, prätentios und anmaßend in seinem Auftreten, bot ganz typische Ideenflucht dar, querulierte, hetzte, haderte, malträtierte seine Umgebung, hochfahrend nach unten hin. servil, wenn es ihm paßte, nach oben hin, dabei stets geordnet und orientiert, kurz, die klassische Erscheinung der Folie raisonnante mit dem so häufigen degenerativen Einschlag: keine Züge wiesen auf Gemütsverblödung oder auch nur intrapsychische Inkoordination hin. Im Frühjahr 1904 trat passager ein bisher ungewohnter Pietismus bei dem Kranken in Erscheinung, er gefiel sich ostentativ in der Pose eines religiösen Märtyrers, gab indes dieses Spiel bald auf, es trat wieder das frühere Bild der Folie raisonnante in den Vordergrund. Im November vorigen Jahres fiel auf, daß der Kranke viel grimassierte und monologisierte. Bald darauf produzierte Patient verworrene, religiös gefärbte Wahnideen, berichtete über massenhafte Halluzinationen fast aller Sinne, die er schon länger zurückdatieren will, produzierte Erinnerungsfälschungen; die Diktion, anfangs noch wesentlich ideenflüchtig, ward immer verworrener, nahm in bedenklichem Maße eine wortsalatähnliche Färbung an. Im Laufe des Winters nun nahm das Zustandsbild immer mehr den Charakter einer Katatonie an, verworrene Erregung und Stuporphasen wechselten, kataleptische Erscheinungen, Befehlsautomatie und negativistische Züge konkurrierten in regellosem Durcheinander, das Gebahren des Kranken, seine Diktion nahmen einen läppischen, blödsinnig-zerfahrenen und faseligen Charakter an, sinnlose Raptus und Aggressionen ohne Affekt und ohne Konsequenz traten in Szene. In diesem unveränderten Zustande ward der Kranke Ende Juli des letzten Jahres in seine galizische Heimatsanstalt transferiert. In der letzten Zeit seines Hierseins hatte sich ungeachtet der Konstanz, ja Verschlechterung im psychischen Befinden der früher gesunkene Ernährungszustand wieder gehoben.

Niemand wird die Tatsache bestreiten, daß der Katatonie manisch-depressive, dem manisch-depressiven Irresein katatone Züge eigen sein können: Im vorliegenden Falle aber ist es ohne Gezwungenheit schlechterdings unmöglich, die erste Phase schon als „katatonisch“ oder die folgende noch als „manisch“ anzusehen. Ich lasse hier die Krankheitsgeschichte selbst, von der ich oben einen Abriß gab, mehr in extenso folgen.

verhältnis stehenden Kranken auf der psychiatrischen Abteilung des Garnisonspitales Nr. 1 in Wien beobachtet hat. Im Intervall, welches auf die damalige Erkrankung folgte, war der natürlich seither ins Zivilleben übergetretene Th. K. in Wien ansässig und tätig (siehe weiter unten die Krankheitsgeschichte).

Th. K., am 7. Oktober 1880 zu Prezmysl geboren und nach Jawornow (Galizien) zuständig, katholisch, ledig, ohne Beruf, zuletzt hier in Wien wohnhaft, wurde am 19. Dezember 1903 vom Beobachtungszimmer in die niederösterreichische Landesirrenanstalt überbracht.

Daten vom Beobachtungszimmer des allgemeinen Krankenhauses: Parere des Polizeiarztes vom 9. Dezember 1903: Th. K. erschien heute im Hauskommissariate der Polizeidirektion und klagte über hochgradige Nervosität: er könne nirgends Hilfe erlangen. Niemand sei bisher imstande gewesen, ihn von seinem Nervenleiden zu befreien. Beim ärztlichen Examen gibt der Obgenannte über seine Generalien ganz korrekte Antworten, er zeigt sich räumlich und zeitlich gut orientiert, ist jedoch in sehr hohem Grade aufgeregt, er klagt, daß er schon seit langer Zeit nervenleidend und außerstande sei, irgend einem Berufe nachzugehen; heute hätte seine Erregung einen so hohen Grad erreicht, daß er nahe daran war Selbstmord zu begehen, nur der Umstand, daß er ein frommer Christ sei, habe ihn von den Selbstmordideen abgebracht. Der Untersuchte ist usw. — Ankunft: 10. Dezember. Ruhig geschlafen. Examen: Orientiert. Sei wegen seiner Nervosität lebensüberdrüssig. Ist empört über die Behandlung beim Polizeikommissar: sei unglücklich, aber ein Ehrenmann, lasse sich diesbezüglich nicht nahe treten. Das Beleidigende bestand in dem wiederholten Anschauen, als ob er ein Verbrecher sei; meint, er sei aus guter Familie, könnte sehr viel Geld haben, wenn er nur wollte, habe für Geschäftsunternehmungen eine außerordentliche Begabung, sei geschickt, habe ein vorzügliches Gedächtnis. Möchte auf Grund seiner Erkrankung mit Hilfe eines Advokaten von seiner Familie Geld bekommen und im Auslande irgend ein Geschäft errichten. Ein Onkel habe für ihn Geld deponiert, davon bekam er bereits 500 fl., nun wolle man ihm nicht mehr geben. Vater angeblich Generalstabsoffizier, später Oberingenieur bei der Bahn, war auch nervös, jähzornig, litt an „Zuckungen“ im Gesicht, starb an Magenkrebs. Nächste Verwandte des Vaters ebenso nervös, aber nicht geisteskrank. Von vier Brüdern einer ebenfalls choreatische Zuckungen. Mutter gesund. Patient selbst war seiner Angabe nach nie schwerer krank, seit frühester Jugend hochgradig nervös, choreiforme Zuckungen im Gesicht und in der Schulter. Anfallsweise Verschlimmerung dieses Zustandes. Nach Absolvierung des Gymnasiums (ohne Matura) sei er durch ein halbes Jahr herumgefahren, um ein Geschäft zu erlernen, das Geld hierzu erhielt er von seinen Eltern aus seinen Depositen. Er fand nichts Passendes, trat in den Militärdienst ein. Nach zwei Jahren wegen „Nervosität“ superarbitriert. Seither verdiente er sich seinen Unterhalt meist als Fremdenführer für die nach Wien zugereisten Polen und Russen. Wenn er aus der Zeitung erfuhr, daß irgend ein reicher Russe oder Pole nach Wien komme, stellte er sich als unglücklicher, aber gebildeter Landsmann vor und offerierte seine Dienste; habe dadurch jeweils 5—10 fl. verdient. Am 9. Dezember wurde er vom hiesigen Ambulatorium, das er wegen seiner Nervosität aufsuchte, an das Polizeikommissariat gewiesen, kam von dort aus auf die Klinik.

Status somat.: Choreatische Zuckungen in beiden Gesichtshälften und der Schulter. Schädel 55. Pupillen reagieren prompt; P. S. R. vorhanden. Leises systolisches Geräusch an der Herzspitze. — Verlauf: 12. Dezember unruhig, streitsüchtig, klagt über die schlechte Kost und über das geringe Quantum. Zunehmende Exaltation.

Bei dem Abgange: Kein Trachom. — Psychiatrische Diagnose: Manie.

19. Dezember. 10 Uhr vormittag Ankunft an unserer Klinik. Vollkommen orientiert. Temperatur 36,4. Gewicht 56 kg.

20. Dezember. Patient begrüßt bei der Aufnahme den Arzt mit einem Schwall von Worten und einer Unzahl von Wünschen, die bei Kostveränderungen beginnen und sich allmählich bis auf die Entlassung erstrecken. Er protestiert sehr lebhaft gegen seine Internierung hier, er sei nicht krank, er sei nur nervös, er brauche nicht in einem Spital zu sein, er habe reiche Anverwandte draußen, die sich seiner annehmen können, er sei geistig gesund; beginnt in renommierender Weise zu erzählen, wie viel er sich verdient habe, protestiert entschieden dagegen, daß er Fremdenführer gewesen sei (eigene frühere Angabe des Pat.), er war „Gesellschafter“, habe etwas gelernt (seine faktischen Kenntnisse sind aber sehr dürftig), die hiesige Behandlung, der Spitalaufenthalt, die Verköstigung entsprechen durchaus nicht seinem Stande, er fordert Verbesserung, er wolle hier wohl arbeiten, verlangt aber, daß er im Zimmer bleiben dürfe; allenfalls liege er lieber beschäftigungslos im Bette. Es folgen Rekrimationen über die Polizei, die ihn fälschlich hereingebracht habe. In solcher Weise wechseln in bunter Reihe, ohne daß Patient bei einem Thema längere Zeit standhielte, Renommagen und Querelen miteinander ab. Dabei ist die Stimmung eine gehobene, bald zu Späßen und Aufschneidereien, bald wieder zu leicht zornmütiger Erregung hinneigende, nirgendwo fester beharrend. Die Produktivität ist gering, desgleichen die psychomotorische Erregung; kurz das Bild der Hypomanie. — Somat.: Groß, hager, dürrtätig genährt; Andeutung von Spitzkopf und Plagiocephalie; Hirnnervengebiet ohne pathologischen Befund. Choreiforme Bewegungen vide Krankengeschichte vom B.-Z. S.R. mäßig lebhaft. — Ohr läppchen akkret, steiles Gaumengewölbe, Torus palat. — Leises systol. Geräusch an der Herzspitze; Lunge ohne pathologischen Befund. Urin ohne pathologische Bestandteile. — 21. Dezember. Bezüglich seines seinerzeitigen Aufenthaltes im Garnisonsspital Nr. 1 befragt, negiert er strikte, damals geisteskrank gewesen zu sein. Er gibt lediglich an, zeitweise ohne Motiv sehr niedergeschlagen gewesen zu sein. — 22. Dezember. Anspruchvolles Gebahren, streitsüchtig und reizbar, geriet mit anderen Patienten in Konflikt, wurde auf die unruhige Abteilung verlegt. — 28. Dezember. Anhaltend leicht erregbar, präventioses Auftreten, renommiert sich und überhebt sich, neigt zur Denunziation von Mitkranken. Bis jetzt noch im Saale haltbar.

1904. Ein Bruder des Patienten gibt zur Anamnese an: Angeblich keine Schädigungen bei der Geburt, angeblich stets gesund, nur stets auffällig reizbar, nervöses, unstetes Wesen. Intellektuelle Entwicklung gut. Kein

Schädeltrauma. Patient wurde zum Militär assentiert, diente drei Jahre; im letzten Dienstjahre wurde er sehr erregt, beschimpfte den Hauptmann beim Kompagnierapporte, wurde als der Geistesstörung verdächtig ins Garnisonsspital Nr. 2 überstellt; nach zweimonatigem Spitalsaufenthalte superarbitriert, mußte er noch längere Zeit zu Hause gehalten werden. Dann ward er ruhiger und nahm seine Tätigkeit als Geschäftsreisender wieder auf, war jedoch lange Zeit ohne festen Posten. Seither hat Dep. den Patienten aus dem Auge verloren. Über depressive Phasen ist ihm nichts bekannt. Patient sei absolut intolerant gegen Spirituosen; doch kam es nie zu Anfällen irgendwelcher Art. — 1. Januar. Pat. ist andauernd sehr erregt und streitsüchtig, schlägt auf Mitranke los, isoliert. — 9. Januar. Kann nur isoliert gehalten werden, ist überaus streitsüchtig, rauft, schimpft in den stärksten Ausdrücken. — 21. Januar. Die Erregung klingt ab, er beschränkt sich darauf, die Ärzte stets in fast servil-höflicher Weise zu apostrophieren und sucht durch Auskramen ganz unangebrachter lateinischer Floskeln (si tacuisses, philosophus mansisses u. a.) zu imponieren; kann tagsüber auf der ruhigen Abteilung gehalten werden. — 23. Januar. Die Beruhigung ist zunehmend, tagsüber auf der ruhigen Abteilung haltbar, sondert sich von den übrigen Kranken ab.

1. Februar. 57½ kg. Erregung wieder ansteigend. 3. Februar. Patient mußte wieder isoliert werden, hat zahllose Wünsche, schimpft, rasoniert über andere, queruliert, sucht die Umgebung zu denunzieren. 25. Februar. Wieder leichtes Abklingen der Erregung, kann tagsüber auf der ruhigeren Abteilung gehalten werden.

1. März. 54½ kg. — 10. März. Wieder hochgradig erregt, fühlt sich durch alles und jedes beeinträchtigt, „man tue ihm alles zum Fleiß“. — 18. März. Patient abstinierte durch einige Tage, äußerte die Absicht, durch 50 Tage nichts zu essen, „weil er sich für Gott vorbereiten müsse“, legt sich platt auf den Fußboden, meint „er müsse leiden, Gott habe noch mehr zu leiden gehabt“. Gefällt sich in der Pose eines Märtyrers, spricht von seiner göttlichen Mission, dabei keine Halluzinationen nachweisbar. Heute Sondenfütterung, die er ruhig und resigniert über sich ergehen läßt. — 28. März. Seit der Sondenfütterung ißt er wieder, bittet selber, in der Zelle bleiben zu dürfen, verhält sich hier auffallend ruhig, begrüßt die Ärzte stets sehr freundlich, ist gegen andere schroff und kurz angebunden, beschäftigt sich in auffallender Weise mit religiösen Übungen und Gebeten, gefällt sich in der Märtyrerpse.

1. April. 53 kg. — 5. April. Patient reizt sich gewaltsam zum Husten, geht unruhig in der Zelle umher, breitet seine Gebetbücher in auffallender Weise am Boden aus. — 8. April. Dripiert die Zelle mit Heiligenbildern und Zeitungsausschnitten allgemeinen Inhalts („der Erfolg ist sicher“), legt sich ostentativ platt auf den Boden, will sich über diese zeremoniösen Akte nicht näher aussprechen. Seine Attitude, die er zur Schau trägt, hat den Zug stolzer Resignation. Betet fleißig, kniet nieder, tut sehr pathetisch, so auch gestern vor einer Zahnextraktion.

1. Mai. 53½ kg. — 8. Mai. Patient heiter, gestikuliert, grimassiert, unterhält sich derart mit sich selber, springt und tanzt herum. Isoliert. — 16. Mai. Patient ist ruhiger, wieder im Saale haltbar. — 22. Mai. Ist auf der ruhigeren Abteilung noch nicht haltbar, provoziert dort Streitereien, ist arrogant und renommiersüchtig, jegliche Einsicht mangelt.

1. Juni. 58 kg. — 8. Juni. Auf die ruhige Abteilung versetzt, drängt aber fortwährend weg, hat stets zahllose Wünsche, sehr anspruchsvoll, verlangt alle erdenklichen Begünstigungen, ist vollkommen einsichtslos. — 12. Juni. Wieder auf die unruhige Station rückversetzt, da er Mitkranke neckt und anrempelt, um sie hinterher als die Schuldtragenden zu denunzieren. — 18. Juni. Muß wieder isoliert bleiben.

1. Juli. 58½ kg. — 10. Juli. Auf die ruhige Abteilung transferiert.

1. August. 56½ kg. Der Versuch, ihn tagsüber auf der ruhigen Abteilung zu halten, scheitert, da er überall Skandal provoziert, mit Mitpatienten rauft, schimpft und durch sein anmaßendes Benehmen in der Umgebung Ärgernis erregt. — 21. August. Pendelt meist zwischen der ruhigen und unruhigen Abteilung hin und her, ist zeitweise durch mehrere Tage ruhig, fast einsichtig, korrigiert zum Teil seine Renommistereien, dann aber wieder stürmisches Fortdrängen, zahllose Ansprüche und Konflikte mit der Umgebung. — 26. August. Patient ist sehr erregt wegen eines Konfliktes, schimpft; auf die unruhige Abteilung rückversetzt.

1. September. Gewicht 57 kg. Ist jetzt bedeutend ruhiger, kommt nunmehr seltener in Konflikte mit der Umgebung, ist aber noch deutlich reizbar, renommierlustig, deutlich ideenflüchtiger Assoziationsgang; anspruchsvoll in seinem Gebahren.

15. Oktober. Tagsüber auf der ruhigen Abteilung haltbar. — 19. Oktober. Auf die ruhige Abteilung versetzt. — 30. Oktober. Die Reizbarkeit ist mehr zurückgetreten, es überwiegt die hypomanisch-heitere Verstimmung. Patient amüsiert sich meist mit sich selbst, ergeht sich in allerhand läppischen Selbstbelustigungen, springt herum, lacht; dann wieder irgend eine Lektüre. Keine tiefere Einsicht, gibt zwar zu, „früher“ krank gewesen zu sein, datiert dies aber schon ein halbes Jahr zurück, will nicht zugeben, daß er in der letzten Woche noch ungemein reizbar und streitsüchtig war, will sich auch nicht an das seinerzeit in der Zelle bekundete Verhalten erinnern können, er wisse nichts von Selbstkasteiungen, Beschimpfungen, die er ausgestoßen, meint, es müsse „rein eine Verwechslung“ sein; sehr lebendige Mimik; Selbstüberhebung (bezüglich Stellung und Abkunft) besteht noch. Die sonstigen Renommagen („Befreiung Polens“) in Abrede gestellt, beteuert sein Osterreichertum; hält sich für gesund, drängt aber nicht sonderlich nach Entlassung. Eigenartig devotes und maniriertes Gebahren, motiviert das damit, daß er „als Reisebegleiter hoher Herrschaften Etiquette“ habe.

2. November. 54½ kg. Ruhig. Gestikuliert und grimassiert oft, monologisiert dabei unverständliches Zeug. Streitsucht zurückgetreten. — 13. November. Patient kommt heute sehr erregt auf den Arzt zu, behauptet,

er werde „von Elektrizität heimgesucht“, er wisse wohl, daß es nur eine Art Prüfung sei, er werde hier darum nicht darauf reagieren. — 14. November. Erzählt, es gehe eine große „politische Sache“ vor, er bekomme „verschiedene Träume“. Man gebe ihm „Zeichen“, „Gedanken“. — 20. November. Kehrt aus der Kirche (Gottesdienst) schreiend und lärmend zurück; ist schon seit einigen Tagen wieder erregter, auf die unruhige Abteilung versetzt. — 21. November. Patient ist sehr erregt, sagt, er werde „von der Sternwarte her durch Elektrizität behandelt“. Berichtet über Gehörstäuschungen. — 22. November. Meint heute, er sei geistesgestört gewesen, führt darauf seine frühere Reizbarkeit und die Konflikte zurück, seit Halbjahrsfrist aber sei er gesund, habe sich nur absichtlich erregt gestellt, um krank zu scheinen, um zu „büßen“, der heilige Patron seines Namens wollte selber, daß er hier in der Irrenanstalt ganz gesund werde. In völlig ideenflüchtiger Diktion erzählt der im übrigen ganz orientierte, aber schwer fixierbare Kranke etwa folgende, von paranoiden Erinnerungsfälschungen strotzende Geschichte: Vor zirka 1½ Jahren habe er seinen Bruder, einen Jesuiten in Zakopane (Galizien) um ein Gebetbuch und einen Rosenkranz gebeten, dieser habe ihm das Gebetbuch eines Konfraters gegeben; es sei ihm jetzt eingefallen, daß damals ein Kind dabeistand, vielleicht um zu spionieren, da die Leute einen Verdacht zu haben schienen, daß er (Patient) zu einer besonderen Mission bestimmt sei und sein Bruder mit ihm konspirierte. Er sei überhaupt stets sekkirt worden, wußte aber nicht, was das zu bedeuten hatte: jetzt sei ihm auch darob ein Licht aufgegangen; alles ist nur eine Prüfung; er behauptet Stimmen zu hören, seit er hier in der Irrenanstalt sei; er wollte nur früher nicht das Geheimnis preisgeben; den öfteren, oft ganz sinnlosen Gebrauch des Wortes „dogmatisch“ in seiner Diktion motiviert er etwa dahin, daß „Dogma“ bedeute, „das Heiligste habe angefangen, ist geboren zuerst, dann so wie heiligste Elektriges ist Mutter Gottes heute, das ist nur Vorstellung, daß so sind die zwei heiligsten Personen entstanden, erschaffen durch den heiligsten Gott“ usf.; knüpft daran eine fast agrammatisch-ideenflüchtige Erzählung über biblische Dinge, monologisiert zwischendurch zeitweise abrupt; meint, er werde durch den heiligen Thaddäus dazu „gemahnt“, diktiert darauf dem Arzt eine Reihe seiner „Stimmen“ als „Probe“, ist schließlich kaum mehr zu fixieren. Gibt heute auch zu, daß er seinerzeit in der Zelle viel betete, sich kasteite, abstinierte, das habe ihm alles „der heilige Thaddäus befohlen“, auch daß er sich einen Zahn extrahieren lassen solle. Er müsse den anderen predigen, sie bekehren, das sei seine Mission. — 25. November. Auf die unruhige Abteilung versetzt, monologisiert laut, schimpft. — 27. November. Seit gestern ungemein übertrieben-theatralisches Gebahren, ungeheurer Aufwand an Mimik, Geste und Geschrei, Predigerton, übersinnlich gefärbte Diktion, adoriert den Arzt als „Kardinal“, fast agrammatisch-ideenflüchtig im Ausdruck, zwischendurch auffällig prompt fixierbar, völlig orientiert, oft outrierte Stellungen: durch bloßen suggestiven Zuspruch sind seine Redeergüsse indes nicht zu kupieren. Befragt, macht er wohl einige auf seine Wahnideen resp. Hallu-

zinationen (Elektrizität, Stimmen „von der Sternwarte“, „vom heiligen Thaddäus“) bezügliche Angaben, bleibt jedoch kaum ein paar Sekunden beim Thema. Leicht zornmütig gereizt, aber spontan nicht aggressiv. — 28. November. Dauernd erregt, singt heute die Volkshymne, ungeheures Pathos, spricht von hohen Persönlichkeiten, Kirchenfürsten u. dgl. sinnlos durcheinander.

1. Dezember. 55½ kg. Patient ist erregt, schreit und schimpft. — 6. Dezember. Andeutung von Katalepsie; ergeht sich in ganz albernem Geschwätze, von dem Kaliber wie etwa „er sei der Höchste, der Arzt der Zweit-höchste“, ein Patient, den er gerade erblickt, „der Dritthöchste“. Er erblicke den Teufel und den heiligen Thaddäus, höre deren Stimmen; in Geste, Grimasse und — heiterem — Affektausdruck stets forciert-übertrieben. Isoliert. — 12. Dezember. Ganz ungeändert. Teufelsvisionen und Stimmen, er handle auf Befehl der „höchsten Gnade Gottes“, sei aber „ein ganz gewöhnlicher Mensch“; karrierte Mimik, schreit sich allmählich in gewaltige Erregung hinein, meint „der Kaiser sei von schlechten Menschen beraten, wende sich gegen den heiligen Papst, er müsse da sein Veto einlegen“ u. ä. — 17. Dezember. Patient bietet dasselbe Bild. Auf Befehl, event. passiven Schluß des Mundes seitens des Arztes, hält er prompt in seinen Redeergüssen inne, mitten aus lautestem Geschrei heraus. Mimik fast karriert übertrieben. Stets orientiert. Dauernd isolierungsbedürftig. — 28. Dezember. Attackierte brüsk einen Pfleger; gegen den gleichzeitig die Zelle betretenden Arzt nicht aggressiv, aber barsch, titulierte ihn dabei als „österreichischer Präsident, Reichsrats-Abgeordneter, Eminenzkardinal“; auf Befehl des Arztes instantan ruhig, dann ungeheures, übertriebenes, zorniges Pathos; dauernd in der Zelle; gestern hatte er outriert geschrien, deklamiert und grimassiert, einen Arzt als „Eminenz-Kardinal-Kardinal“ titulierte. Gegeneinwände (Nichtkatholizismus des Arztes) „spielen keine Rolle“; auf Befehl des Arztes verstummt er dann augenblicklich; bietet Katalepsie. — 29. Dezember. „Er ist König von Polen und von sechs Weltteilen“, „der schwarze Papst“; spricht krauses, sichtlich erstbesten Einfällen entsprechendes Zeug, stets orientiert, spricht den Arzt als „Herr Doktor“ an, apostrophierte ihn dabei als „Erzbischof“.

1906. 1. Januar. 57 kg. — 3. Januar. Patient monologisiert, polnisch und deutsch durcheinander. — 4. Januar. Erregt, lärmt und grimassiert. — 23. Januar. Drängt sich an die Ärzte heran, küßt deren Beine, Stiefel und Hosen, auf Befragen darüber meint Patient: „Er müsse das tun“, weist bedeutungsvoll nach aufwärts, „der heilige Gottvater habe es befohlen“. — 29. Januar. Wütende Aggression gegen den in die Zelle eintretenden Arzt, lehnt Exploration ab; hat fast die ganze Nacht gelärmt.

1. Februar. 54 kg. — 4. Februar. Nach prolongiertem Bade ruhiger. — 7. Februar. Jammert, abstiniert heute (Obstipation), meint, „die Unendlichkeit und der Anfang hätten ihm das Essen untersagt“, daranschließend sinnloser Gallimathias. Den Arzt bezeichnet er als den „allerheiligsten Dr. Str.“ — 19. Februar. Wieder unruhig, Dauerbad.

1. März. 54 kg. — 4. März. Patient ist seit einigen Tagen wieder hochgradig erregt, schlägt und beißt um sich. — 5. März. Sprang aus dem Bett, raufte, wollte Ärzten und Pflegern die Genitalgegend ablecken, meint später, „er sei geisteskrank, müsse das alles machen“, küßt den Pflegern die Hände. — 6. März. Dasselbe Verhalten wie gestern; Motiv: „er müsse für seine Leiden büßen“. — 19. März. Nimmt trotz wiederholten Zurufes von der Visite keine Notiz, kauert weinend in der Zelle. — 20. März. Attackierte den Pfleger, der ihm das Frühstück brachte. — 30. März. Zeremonielle Verbeugung vor dem Arzte; Mutazismus, auf Schmerzreize zieht er die Hand brüsk weg, steht etwa 15 Sekunden starr da, stürzt dann vor dem Arzt auf die Knie, murmelt dazu gleichmäßig einige polnische Formeln. Bittet um Entlassung; in die Zelle zurückgeführt, ruft er aus „dann sind wir verloren“.

1. April. Schreit dem Arzt entgegen, „er sei die Unendlichkeit“, apostrophiert ihn polnisch und deutsch, kniet vor ihm nieder, titulierte ihn „Heiligkeit“, verlangt stürmisch die Entlassung. — 2. April. Hochgradiger Raptus von Erregung, rauft blind, schimpft; Wickelung. Beruhigt sich rasch. — 4. März. Ruhig, betet in der Zelle, reagiert weder auf Zurufe noch auf Schmerzreize. — 5. April. Erregt, zerreißt, schlägt um sich, nimmt nur wenig Nahrung. — 11. April. Apostrophierte heute den Arzt mit dem gewohnten Phrasenschwall, u. a. als „hölzerne Heiligkeit“ (!). — 13. April. Rauft, warf einen Pfleger zu Boden, schlug los, nimmt nur wenig Nahrung zu sich. — 14. April. Kniet nieder, faltet die Hände, meint, „er müsse büßen“, nimmt wenig Nahrung zu sich. — 15. April. Kataleptische Stellungen und Posen. Spannungszustände in der Muskulatur, Mutazismus; fast täglich, aber nur morgens, ohrfeigt er einen bestimmten Pfleger, sowie dieser in die Zelle tritt. — 16. März. Dauernd Zelle: Kreiselbewegungen in derselben; verzweifelter Raufen. Managartiges Umhergehen in der Zelle, „weil er wieder in die Zelle, wo er früher war, zurückwolle“; kniet dann nieder, bittet, seinem Wunsch zu willfahren, drängt plötzlich wieder hinaus, rauft gewaltig. — 29. April. Patient ist dauernd isoliert, fast unzugänglich, rauft furchtbar. Steht öfters affektlos, rhythmisch klopfend an der Zellentür, sofort blind raufend, wenn man Annäherungsversuche unternimmt. Dabei zeigt er keinen besonderen Affekt.

2. Mai. Heute bei der Visite ganz geordnet, läßt sich untersuchen, begrüßt freundlich dem Arzt; plötzlich, ohne dabei irgendwelchen Affekt zu zeigen, stürzt er aus der Zelle, läßt sich aber wieder zurückführen, folgt allen Aufforderungen, dabei gezwungene, posenhafte Attituden. — 13. Mai. Immer das gleiche stereotype Verhalten. Dabei vollkommen affektlos oder grinsend, wenn er blind widerstrebt. Nie Motivation, meist hartnäckig mutistisch.

1. Juni. Läßt sich nicht wägen.

28. Juli. Dauernd das gleiche Verhalten. Guter Ernährungszustand, sichtlich zunehmend; trotz fast dauernder Isolierung. Bei Eintritt des Arztes ruhig, ergeht sich in sinnlosen, abgerissenen, mit Anklängen an frühere Wahn-elemente durchsetzten wortsalatartigen Phrasen, grinst dabei beziehungslos.

rauft sinnlos, als er angekleidet werden soll, läßt davon nach Anlegung des Schutzkleides sogleich ab, immer konstant grinsend und sinnloses Zeug vozierend: dabei den Arzt mit dessen Namen agnoszierend. Mit dem heutigen Tage transferiert in die Irrenanstalt Kulparkow (Galizien).

Es kann ja natürlich sein, daß der Kranke wieder einmal in eine Remission tritt.¹⁾ Solche, und selbst recht weitgehender Art, sind ja der Katatonie, die hier zweifellos an ein echt manisches Krankheitsbild sich anschloß, durchaus nicht fremd.

So scheinen denn nun die wenigen, bisher bekannten, einwandfreien Kombinationen wohl ziemlich erschöpft. Gleichwohl dürfen wir nach allem wohl sagen, daß der Begriff der Kombination von Psychosen in der klinischen Psychiatrie ein bescheidenes, aber doch sicheres Bürgerrecht beanspruchen kann. Es ist nur notwendig, ihn durch Ausschaltung aller nicht zugehörigen Formen, wie dies eben hier versucht ward, schärfer zu umgrenzen, vor Verflachung zu bewahren; selbstredend gehören auch die — seltenen — Sekundärformen akuter Psychosen nicht in sein Bereich. Dann aber kristallisieren sich die echten Kombinationen aus dem Chaos heraus als simultanes Neben- oder sukzessives Nacheinander zweier oder mehrerer, in sich geschlossener und mit empirischer Sicherheit als disparat oder selbst antagonistisch zu bewertender Psychosen. In diesem Sinne können wir sie wohl auch vom klinischen Standpunkt aus als zu Recht bestehend anerkennen.

Zitierte Literatur.

Kräpelin. Psychiatrie, VII. Aufl., Leipzig 1903/04.

Kräpelin. Fragestellungen usw., Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1906.

Nasse, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 44.

Kraft-Ebing, Psychiatrie, III. Aufl. Stuttgart 1888.

Magnan. Psychiatr. Vorlesungen, deutsch von *Möbius*, Heft IV/V.

Billod. Annales médico-psychologiques, 1879.

¹⁾ Anm. b. d. Korr.: Nach einer mir im Januar 1906 zugekommenen gefß. Nachricht seitens der dortigen Anstaltsdirektion ist der Zustand des Pat. der gleiche wie beim Abgang von hier.

Hoestermann, Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 32.

Siemens, Archiv f. Psych., Bd. X, und Neurol. Zentralbl. 1884.

Gnauck, Neurol. Zentralbl. 1882.

Pick, Prager medizinische Wochenschrift, 1882.

Mendel, Die progr. Paralyse, Berlin 1880.

Mönkemöller, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 58.

Wattenberg, Archiv f. Psychiatrie. Bd. 32.

Ferenczi, Ref. Neurol. Zentralbl. 1902, S. 865 (Orig. ungarisch).

v. Grabe, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 61,

Raimann, Die hyster. Geistesstörungen. Leipzig und Wien 1904.

Raimann, Krankenvorstellung, siehe Wiener klin. Wochenschr. 1904 (Sitzungsbericht Psych. Ver.).

Raimann, Zeitschr. f. Heilkunde, 1902.

Gaupp, Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, 1903.

v. Wagner, Monatsschrift f. Psych. u. Neurol., 1901.

Pilcz, Die period. Psychosen, Jena 1901.

Pilcz, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 1901.

Scholtens, zitiert nach *Pilcz* (Orig. holländisch).

Stransky, Jahrb. f. Psychiatrie. Bd. 24, H. 1 und Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, 1904. H. 1.

Moralischer Schwachsinn.

Von

Dr. Heinrich Schaefer,

Oberarzt a. D. der Hamburger Irrenanstalt Friedrichsberg.

Der Obersekundaner Y. beging einen Diebstahl an einem Stubenkameraden, dem er ein Briefmarkenalbum entwendete. Der Pensionsgeber, zugleich sein Lehrer, riet den Eltern, da schon mehrere „wunderliche Geschichten“ vorgekommen seien, einen Nervenarzt zu konsultieren. Ich wurde zugezogen und untersuchte den Y. im elterlichen Hause zweimal, ohne daß derselbe wußte, wer ich war. Da er die Absicht hatte, Marineoffizier zu werden, wurde angegeben, er solle auf seine körperliche und geistige Tauglichkeit untersucht werden.

Es wurde festgestellt, daß der Vater der Mutter ein periodischer Trinker gewesen, eine Schwester des Vaters war Idiotin, ein Bruder des letzteren hatte Medizin studiert, ohne je ein Examen zu machen, hatte zehn Jahre in Amerika in der Wildnis praktiziert, ohne etwas zu nehmen, war dann apathisch und Morphinist geworden, mit 40 Jahren an einer Leberkrankheit gestorben.

Da ich durch die Untersuchung zu dem Resultat kam, daß Y. an moralischem Schwachsinn leide, faßte ich die Ergebnisse in einem Gutachten zusammen, welches zur Information der Lehrer dienen sollte, da es sich um die Frage handelte, ob Y. noch weiter auf der Schule bleiben könnte. Das Gutachten war folgendes:

An der körperlichen Gesundheit von Y. ist zurzeit nichts auszusetzen. Er ist seinem Alter (fast 18 Jahre) entsprechend ziemlich groß, kräftig und von gesundem Aussehen. Die Brust ist infolge nachlässiger Haltung etwas flach, die Füße zeigen einen leichten Grad von Plattfuß. Sonst fällt an ihm noch auf, daß er die Stirne viel in Querfalten legt, und daß sich beim Lachen die linke Gesichtsseite etwas lebhafter zusammenzieht als die rechte. Beiden Erscheinungen wohnt eine wesentliche Bedeutung nicht bei. Im besonderen sind Degenerationszeichen nicht vorhanden, Schädel und Gesicht symmetrisch geformt, das Gebiß tadellos, die Sinne scharf, Sehschärfe 1, er hörte das Ticken der Uhr auf 5 m im Zimmer, die Sprache ist ganz frei. Nervöse Abnormitäten irgendwelcher Art fehlen. Sein Wesen ist frei, freundlich, bescheiden, verbindlich, manierlich und läßt sofort erkennen, daß man es mit einem jungen Manne aus guter Familie zu tun hat, gemächlich macht er einen gutmütigen Eindruck. Der Gesichtsausdruck ist, wenn man sich mit ihm unterhält, durchaus intelligent.

Seine Geburt ging mit geringer Verzögerung bei Gesichtslage von selbst von statten, er befand sich nach derselben völlig wohl und schrie kräftig. Er lernte zur rechten Zeit laufen und sprechen. Im Alter von 7 Monaten fiel er einmal vom Bett ohne alle nachteiligen Folgen. Mit 6 Jahren machte er Masern und Keuchhusten durch. Einmal ist ihm eine kleine Drüse exstirpiert. Sonst war er immer gesund, hat nie an Krämpfen gelitten. Die vita sexualis hat bisher nichts Auffälliges geboten. (Ein späterer Begutachter hat betont, daß Onanieren vorgekommen ist.) Von Anfang an ist ihm das Lernen schwer gefallen, er zeigte wenig Aufmerksamkeit und mußte immer angehalten werden. Immerhin, wenn auch mit Hilfe vieler Privatstunden und vor allem von früh an aufopfernder Teilnahme der Mutter an den Arbeiten ist er soweit gekommen, daß er im Alter von 17⁵/₆ Jahren bereits 1¹/₂ Jahr in IIa sitzt als 23. von 28. Sonst ist er 1 Jahr in V, 1 Jahr in IIIa sitzen geblieben. Er sagt selbst, daß er den Dingen kein Interesse abgewinnen könne, am ehesten hat er noch Sinn für Mathematik, und auffallenderweise ist ihm das Griechische sympathischer als das Latein, das Unangenehmste ist ihm der deutsche Aufsatz. Sonst ist er ein gewandter Turner, Radler, Sportsmann im Rudern und Segeln. Ist er somit kein hervorragender, auch kein Durchschnittsschüler, so wäre daraus durchaus noch nicht auf etwas Krankhaftes zu schließen. Eine ganze Reihe Schüler bleiben wiederholt sitzen, sind immer unter den Letzten und bringen es nachher im Leben doch zu etwas, ja aus solchen Schülern sind auch hervorragende Persönlichkeiten hervorgegangen.

Nun hat aber Y. nebenher Erscheinungen dargeboten, die beweisen, daß seine geistige Entwicklung der körperlichen nicht parallel verlaufen ist, daß er vielmehr geistig auf einer kindlichen Stufe zurückgeblieben ist, daß er eine gewisse Schwäche (Imbezillität) darbietet, die auf einer krankhaften Funktion der psychischen Zentren seines Nervensystems beruht.

Nach Angabe der Mutter ist Y. von Anfang an apathisch gewesen.

Vom 3. Jahr ab stand er immer bei der Mutter herum, die ihn beschäftigen mußte, denn von selbst tat er nichts. Im Alter von 6 Jahren entwendete er seiner Mutter 10 M., kaufte sich etwas für 10 Pf. und warf den Rest des Geldes weg. Von der Zeit fing er auch an zu lügen, und zwar log er in ganz dummer Weise, wo er es gar nicht nötig hatte; Strafen blieben ohne allen Erfolg. Wenn er etwas gelesen hatte, wußte er den Inhalt nicht anzugeben. Sein Gedächtnis war gut, aber er konnte keinen eigenen Gedanken fassen, besonders beim deutschen Aufsatz. Mit 14 Jahren entwendete er 2 M. aus dem Portemonnaie einer bei den Eltern zum Besuch weilenden Dame. Er wurde nun nach auswärts zu einem Gymnasiallehrer in Pension gegeben. Dieser schickte ihn nach 2 Jahren zurück, da er ihn nicht erziehen könne und gab über ihn folgendes Gutachten ab: Seine Gedächtnisleistungen sind noch eben genügend, die Begabung ist erheblich unter dem Durchschnitt, er hat keine selbständigen Urteile, oft sind diese kindlich. Er lügt gewohnheitsgemäß um ganz geringfügige Sachen, die er gar nicht zu vertuschen braucht. Er hatte einen Hang zu Ausgaben für unnötige Sachen, auch für andere. Y. kam nun auf ein drittes Gymnasium in nächster Nähe des elterlichen Wohnsitzes, wiederum in Pension zu einem Professor. Aus dieser Zeit liegen folgende Vorkommnisse vor: 1. Y. erhält eines Tages eine Karte von den Eltern durch die Hand des Professors, durch die alle Postsachen gehen. Er läßt die Karte zwei Tage auf seinem Tisch liegen. Zwei Tage darauf präsentiert er dem Professor die Karte im Gymnasium mit dem Bemerken, er habe sie eben vom Briefträger bekommen und solle nach Haus kommen. Der Professor erwidert ihm: „Aber mein Sohn, der Briefträger gibt überhaupt doch keine Sachen im Gymnasium ab!“ und konstatiert, daß Y. durch einen Tintenfleck, der noch feucht war, den Stempel unkenntlich gemacht und mit Blei an den Rand selbst die Notiz geschrieben: komme zu uns.

In der ganzen Sache liegt eine Urteilsschwäche, die bei einem Sekundaner auffällig ist. Einmal war das ganze Manöver gar nicht nötig, da er die Erlaubnis auf einfache Bitte erhalten hätte (Lüge, wo es nicht nötig war), er hätte auch mal ohne Erlaubnis die Eltern besuchen können (es ist das angegeben), die in einer halben Stunde zu erreichen waren. Dann ist die Sache doch zu dumm angefangen, bei dem Professor eine Leichtgläubigkeit vorausgesetzt, die keiner seiner Altersgenossen angenommen haben würde. Immerhin ist das Vorkommnis allein bedeutungslos.

2. Ein anderes Mal erwischt der Professor Y. im Speisekeller, wie er eine Flasche Bier sich aneignen will. Er macht Y. die gebührenden Vorwürfe und Belehrungen. Y. läßt alles über sich ergehen. Hinterher stellt sich heraus, daß Y. vor der Tat dem Mädchen 10 Pf. zur Bezahlung und Ersatz des Bieres gegeben hat, in der kleinen Sache also bona fide gehandelt hat. Davon sagt er aber dem Professor kein Wort, der das wunderlich findet. Daß Y. also das legale Verteidigungsmittel als Mensch über 16 Jahren nicht benutzt, darin liegt eine Schwäche. Der Gesunde würde das sofort getan haben.

3. Einem Mitpensionär entwendet er einige Marken aus dessen Album und gibt sie seiner Schwester, dann nimmt er das ganze Album mit nach Haus, für die Schwester. Als das Fehlen bemerkt wird, meldet er sich nicht. Zu Haus läßt er aber das Album offen umherliegen, obwohl ihn der Mitpensionär mitunter im elterlichen Hause besuchte, auch nachdem die Marken daraus ins Album der Schwester translociert waren. Der Professor faßte Verdacht auf ihn (!) und fragt die Eltern. Da wird also das Album gefunden. Die Schwäche liegt darin, daß er, nachdem das Album gesucht wurde, dasselbe nicht vernichtete, sondern sorglos umherliegen ließ, daß es der Bestohlene selbst einmal finden konnte. Nebenbei hat er selbst keinen Vorteil von der Sache gehabt, denselben einem andern unaufgefordert bereitet. Diese Sache kam dem Professor so wunderlich vor, daß er riet, einen Nervenarzt zu konsultieren.

4. Von der Mutter wird mir ein Brief des Y. als Beweismaterial ins Haus gesandt. Die Mutter (der Vater war abwesend) war verreist und hatte Y. eine Summe Geldes für eine mehrtägige Radtour nach Z. gegeben. Es waren Ferien, die Y. aber in der Pension verbrachte. In dem Briefe hatte er die Tour beschrieben und Rechnung gelegt. Ich konnte an dem Briefe nicht das Geringste finden. Die Mutter teilte mir beim nächsten Besuch mit, daß Y. die Reise gar nicht gemacht, sondern das Geld mit Freunden in der Stadt verbummelt habe. Na, sage ich, das machen andere auch. Bis hierher hatte ich nach Lage der Sache nur den Verdacht, daß es sich um Schwachsinn handeln könne, ohne ihn zu äußern. Nun höre ich aber noch folgendes: Y. hat, um den Professor zu hintergehen, die kritischen Nächte im elterlichen Hause geschlafen, was die Mutter natürlich sofort durch das Mädchen erfuhr, während sie etwas später den Brief empfing. Wie der Blitz fuhr nun die Gewißheit in mich, daß Schwachsinn vorliege, es war mir zweifellos. Den nächsten Schluß, daß er sich so selbst hineinreiten mußte, unwiderruflich, hatte er nicht machen können, mit 17½ Jahren als Obersekundaner! Als ich ihn über die Sache explorierte, meinte er verlegen, es sei gerade ein Mädchen abgegangen; als ich ihm erwiderte: „Sie haben doch zwei“, wußte er nichts mehr zu sagen.

5. Y. hat die moderne Manie, aller Welt Ansichtskarten, mehrere an einem Tage an dieselbe Person, zu schicken. Darin an sich nichts Krankhaftes. „Aber,“ sagt er eines Tags zur Mutter, „weißt du, warum ich immer soviel Postkarten geschrieben habe? Der Onkel (Postdirektor) hat mir gesagt, was die Post verdient, kommt der Flotte zugute.“ Bei der Exploration bestritt er, einen Scherz haben machen zu wollen, sondern es sei der Gedanke für ihn das treibende Motiv gewesen. Für mich ist das Schwachsinn, ich räume aber ein, daß nicht jeder derselben Ansicht sei. Ein gesunder, patriotisch gesinnter Sekundaner würde bei dem Taschengeld des Y. einen baren Betrag mal gegeben haben.

6. Er kauft teure Marken und verschenkt dieselben an Damen, für die er sonst kein Interesse weiter hat. Ebenso kauft er hinter dem Rücken

der Eltern auf deren Namen für andere Schüler Bücher, zum Teil ohne deren Verlangen. Tut so etwas ein gesunder Sekundaner?

7. Vor einigen Tagen sagt er zur Mutter, wenn er soviel Millionen hätte, wie Cecil Rhodes, würde er Kriegsschiffe kaufen und bemannen. Wie ich ihn explorierte, erklärte er das nicht für Scherz, nahm auch die Belehrung (Obersekundaner von fast 18 Jahren), daß nur ein Staat eine Kriegsflotte halten, er sie ihm höchstens schenken könne, höchst matt und gleichgültig auf.

8. In zwei verschiedenen Terminen fragte ich, was ihn zur Marine treibe. Die Termine lagen acht Tage auseinander. Das erste Mal antwortete er, frühere Mitschüler seien Marineoffiziere geworden, und denen gefiele es. Das zweite Mal, er habe einmal in Kiel das Bedienen einer Kanone auf einem Kriegsschiff gesehen, und das habe ihm so gefallen. Auf meinen Vorhalt, daß er als Offizier doch keine Kanonen bediene, dies ja auch nur ein Teil des Dienstes sei, zuckte er mit der Achsel. Auf die Frage, ob ihn vielleicht das Besuchen fremder Länder reize, antwortete er: „O ja, das wohl auch.“ Die Frage, ob er sich zur Marine hingezogen fühle, weil der Kaiser eine Vorliebe für sie habe, beantwortete er direkt mit Nein, ebenso die Frage, ob er die Stellung des Offiziers wegen ihres Ansehens und ihrer politischen Bedeutung für erstrebenswert halte. Was Offiziersein bedeutet, ist ihm überhaupt ganz fremd. Auf die Gefahren z. B. im Torpedobootsdienst aufmerksam gemacht, daß er da leicht das Leben verlieren könne, antwortete er ohne alle Betonung, das wäre ihm ganz gleichgültig, aber nicht aus patriotischer Begeisterung für die Sache, wie es beim echten Soldaten zutrifft, sondern er sagt: „Es ist mir ebenso gleich, als wenn ich hier auf dem Wasser beim Segeln verunglücke.“ Das Leben hat für ihn keinen Wert, aber nicht in dem Sinne, daß er bereit wäre, es für eine ideale Sache hinzugeben. Das ist eine schwachsinnige Beurteilung des Lebenswertes.

Schließlich bekam ich einige Aufsätze zu sehen, zu denen auch die Mutter selbst die Themata gestellt hatte. Wir wissen alle, was an solchen geleistet wird. Sie waren auch darnach, mit sinnlos abgeschriebenen Stellen. Allein sind sie wertlos, aber im Zusammenhang mit der bisherigen Schilderung ergänzen sie das Bild intellektueller Schwäche.

Aus allem geht hervor, daß Y. von Kindheit an eine gewisse Schwäche des geistigen Wesens gezeigt hat. Diese Schwäche zeigt sich in einem ethischen Defekt, kausal eng verbunden mit intellektueller Unzulänglichkeit. Die unausrottbare Neigung zur Lüge von Kindheit an, das dumme, unnötige Lügen, die Neigung zum Diebstahl sind die ethischen Defekte. Das Lernen ist ihm von Kindheit an schwer geworden, indes nicht in dem Grade, daß damit allein ein krankhafter Schwachsinn anzunehmen wäre. Aber es kommt hinzu eine Urteilsschwäche, die sich bei ihm in reiferen Jahren zeigt, und mit der er erheblich unter dem Durchschnitt der Intelligenz gleichaltriger Kameraden steht. Er lügt nicht böswillig nach kluger Berechnung, sondern weil er das Wesen der einfachsten Sache nicht

begreift (Fall 4), weil er nicht den nächsten Schluß ziehen kann. Er legt sich selbst hinein und unterläßt die Verteidigung, wo er eine Handhabe hat. Sein Kombinationsvermögen ist so mangelhaft, daß er, sobald er in verwickelte Situationen gerät, lügen muß. Daher sagen die Laien, er lügt so dumm. Deshalb sind auch alle Strafen erfolglos gewesen. Mit dieser Schwäche vermag er die höheren ethischen Vorstellungen nicht zu bilden, kann er die ethischen Vorschriften nicht begreifen, so daß letztere für ihn nicht auf Überzeugung beruhen, sondern nur lose gedächtnismäßig anhaften. Er hat keine Einsicht in seine eigene Schwäche, keine Übersicht über die einfachste Sache. auf die unzweckmäßigste Weise glaubt er sich durchlügen zu können. Darum vermag er nicht der unsittlichen Neigung, die Unwahrheit zu sagen, den genügenden Widerstand entgegenzusetzen. Sein Drang zur Marine ist ein rein impulsiver, Schiff und Wasser ziehen ihn an, der Offizier ist ihm dabei etwas Nebensächliches, seine Bedeutung ist ihm unklar, nicht die Ehre, welche die Stellung genießt, nicht das altruistische Gefühl nationaler Begeisterung treibt ihn, Marineoffizier zu werden. Wenn er darauf hingewiesen wird, sagt er verständnislos: „O ja.“ Das altruistische Gefühl der Kindesliebe fehlt ihm ganz. Wenn ihm vorgehalten wird, daß er fortlaufend seinen Eltern Schmerzen bereitet, dann weint er wohl Krokodilstränen, ohne die innere Überzeugung seines Treubruches zu empfinden. Trotz der besten Erziehung hat er kein Ehrgefühl. Das Leben hat für ihn keinen Wert, nicht weil er sich über dasselbe erhebt, sondern weil er ihm keinen Wert abgewinnen kann. Der Mangel der höheren Begriffsbildung hängt mit seiner Urteilsschwäche zusammen.

Im Schluß des Gutachtens behandelte ich die Frage, was mit Y. geschehen solle. Die Eltern dachten an eine Anstalt, davon riet ich ab. Ebenso davon, gleich die Schule zu verlassen und einen praktischen Beruf zu ergreifen. Ich riet dazu, ihn noch auf der Schule zu lassen, um die günstigen Einflüsse der Schule und des Elternhauses weiter auf ihn einwirken zu lassen, selbst wenn er nicht versetzt werden sollte. Dagegen würde es sich vielleicht empfehlen, ihn mit 20 Jahren einjährig bei der Marine dienen zu lassen, da man die Erfahrung gemacht, daß der Militärdienst in solchen Fällen günstig einwirke: freilich, fügte ich hinzu, könne man das nicht vorhersehen. Würde er stracheln, dann würde er auf Grund dieses Gutachtens entlassen werden.

Damit verlor ich Y. aus den Augen. Ungefähr drei Jahre später las ich in der Zeitung: Der Fähnrich zur See Y. ist wegen Diebstahls, begangen an Kameraden, verhaftet.

Es lagen nur Indizien vor, Y. gestand nichts, der Vater sagte aber dem Untersuchungsrichter sofort: „er ist es gewesen“, und gab mein Gutachten zu den Akten, wozu ich geraten. In einer protokollarischen Vernehmung betonte ich die Urteilsschwäche des Y., und daß inzwischen und weiterhin neue

Momente hinzukommen würden, welche sie bestätigten. Y. kam ins Lazarett auf einige Wochen zur Beobachtung. Der Militärarzt erklärte, er halte ihn wohl für krank, könne es aber nicht begründen (der Anklagevertreter teilte mir das mündlich in der Verhandlung auf meine Frage mit), beantrage die Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt. Y. wurde dahin versetzt. Dem Gutachten lagen die inzwischen abgegebenen Zeugenaussagen als weiteres Material zugrunde.

Der Lehrer des zweiten Gymnasiums hatte sich wie oben geäußert. Der Professor des letzten: Y. ist ein wunderlicher Mensch, übertrieben in Heiterkeitsausbrüchen, dann wieder auffallend still. Die Geschichte mit dem Album nennt er wunderlich. Nach Kl. I ist Y. nur mit vieler Mühe, Fleiß und vielen Stunden gekommen. Offizier wird er nur aus Vorliebe für das Wasser (unabhängig von mir das Impulsive erkannt). Die militärischen Zeugnisse lauten: Marineschule: hinreichend, gehört zu den Schwächeren. Französisch, Englisch gut. Maschinenfach: schwach, manchmal kindisch. Schulschiff: sehr flüchtig, zerfahren, beantwortet kaum eine Frage richtig. Nicht zuverlässig, bedarf strenger Aufsicht. Einer von den Schlechtesten.

Vom Offiziersexamen war er wegen Abschreibens zurückgestellt, hatte den Eltern vorgelogen, er habe es bestanden.

Ein Fähnrich sagt aus: Y. galt als Sonderling, war extravagant in Kleidern. auf einer Station in Amerika hat er einmal allen Fähnrichen auf dem Schiff aus freien Stücken die Stiefel geputzt.

Ein anderer: Y. wird oft ausgelacht, macht sich aber nichts daraus. Er hat ein merkwürdiges Lachen, ist sehr gerissen.

Ein anderer: Y. ist mitunter merkwürdig, hat ganz unmotivierete Heiterkeitsausbrüche. Einmal hat er der ganzen Stube Eßwaren gekauft. Manchmal war er etwas kindisch.

Ein anderer: Y. gab an, er habe auf der Sparkasse 1000 M., deponiert vom Vater. (Erlögen.)

Gelegentlich eines Besuches bei den Eltern wollte er kein Geld annehmen. ließ sich das für die Rückreise aufdrängen.

Aus dem Ergebnis der Beobachtung ist von Belang: Y. war ganz vergnügt, antwortete mit lachendem Munde, froh lächelnd. Er spielte lebhaft Skat. Er hilft dem Wärter beim Staubwischen. Er schließt sich an einen ungebildeten Untersuchungsgefangenen an. Eine ihm aufgetragene Schilderung desselben dauerte einige Tage, die Sätze waren teilweise geschrieben, der Inhalt mager. Y. gab an, zur Marine habe ihn alles, was an Bord war, getrieben. Wußte nicht zu sagen, was er sich bei der Albumgeschichte gedacht hat. Das Gutachten lautet (in den wesentlichsten Sätzen): Was der Lehrer des zweiten Gymnasiums über Y. sagt (s. oben), trifft heut noch zu. Die Urteilsfähigkeit steht nicht auf normaler

Höhe. Die schwere Anklage macht ihm keine Sorge, er ist immer heiter und vergnügt. Er schließt sich an einen Menschen weit unter seiner Bildung an. Von Anfang an besteht Neigung zur Lüge, zum Stehlen. Es ist kein Mangel der Erziehung, sondern von den Vorfahren ererbter Hang zum Leichtsinn (Periodische Trunksucht des Großvaters mütterlicherseits) und zu geringe Fähigkeit, den Begierden zu widerstehen. Weiterhin wird gesagt, er könne nicht widerstehen, da die Widerstandskraft nicht wie bei Normalen sei.

In der mündlichen Verhandlung (11 Std.) erweiterte sich die Belastung. Es kam hinzu: ein Bruder der Mutter Epileptiker, mit 17 Jahren gestorben. Eine Schwester derselben hatte Anfälle in der Pubertät. Ein Vetter der Mutter Epileptiker, dessen Bruder schwachsinnig (Söhne von Mutters Vaters Bruder) ein Vetter (von Mutters Vaters Schwester) schwachsinnig. Der Angeklagte, gestand teilweise, bot während der Verhandlung kein auffallendes Wesen, während der Urteilsberatung, als ich ihn begrüßte, war er freundlich gleichgültig, ohne jede Niedergeschlagenheit. Dem Gericht fiel besonders das Stiefelputzen auf, mehrere Fähnriche wurden gefragt, wie sie darüber dächten. Einer gab an, man habe es für Moralischen gehalten, da Y. tags vorher extravagiert habe, und da er Katholik sei. Der Vater selbst erklärte diese Erklärung für absurd. Y. gab an, er wisse nicht, wie er dazu gekommen sei (die epileptischen Vettern!).

Ich betonte in langer Ausführung die schwere Belastung, den ethischen Defekt von Kindheit an und gab mir besonders Mühe, an den oben genannten Fällen die Urteilsschwäche nachzuweisen. Das Stiefelputzen erklärte ich für ein exquisit krankhaftes Symptom, ebenso das heitere Verhalten in der Anstalt, den Umgang mit dem Ungebildeten. Während der Verhandlung war noch ein Brief einer bekannten Dame der Eltern vorgelesen, die Y. auf dem Rücktransport auf einer Bahnstation getroffen, der er heiter entgegengrat und erwiderte, es ginge ihm ganz gut. Ich erklärte ihn für unzurechnungsfähig. Der Anstaltsdirektor gab sein Gutachten dahin ab, daß er zurechnungsfähig sei. Der Vertreter der Anklage stellte sich auf des letzteren Seite, faßte das Stiefelputzen auch als Moralischen auf. Er machte mir in Form der Frage den Vorwurf, daß ich empfohlen, den Y. einjährig dienen zu lassen. Ich hatte geglaubt, die Eltern würden seinerzeit meinen Rat befolgen und später wieder einmal meinen Rat nachsuchen. Im Gutachten hatte ich auch gesagt: „vielleicht“. 23 $\frac{1}{4}$ Jahr hat sich Y. gut geführt; hätte man ihn in der Zeit vom Militärdienst ganz ausschließen können? Das Kriegsgericht sprach nach kurzer Beratung den Angeklagten frei wegen der schweren Belastung.

Der Gerichtsherr legte Berufung ein. Die Sache ging an den wissenschaftlichen Senat. Inzwischen ließen die Eltern Y. in einer Universitätsklinik beobachten, wo das Gutachten nach acht Tagen auch auf Unzurechnungsfähigkeit lautete. In gleicher Weise entschied der wissenschaftliche Senat in meinem Sinne. Die Berufung wurde zurückgezogen.

Ich knüpfe daran einige Bemerkungen. Der Schwachsinn macht in der forensen Praxis ebenso wie bei den eingestellten Rekruten gegenüber anderen Formen von Geisteskrankheiten am meisten zu schaffen, besonders die sogenannte moralische Form. Letztere ist wiederum schwieriger zu erkennen, wenn es sich um Gebildete handelt. Die Intelligenzprüfung Ungebildeter ergibt mitunter schnell schon Anhaltspunkte, wenn man die Schulkenntnisse, allgemein bekannte Dinge prüft. Wenn jemand sagt, die Hauptstadt von Deutschland ist Paris, Bismarck ist ein Franzosenkaiser, dann ist das sehr verdächtig. Immerhin genügt so etwas nicht. Eine Menge gesunder Rekruten wissen nicht (leider), wer Bismarck war. Jeder Leutnant macht diese Erfahrung in der Instruktionsstunde. Man läßt dann rechnen, prüft Geschichte, Geographie, Religion, Zeitungswissen, läßt sich höhere Begriffe erklären, prüft das höhere Gefühlsleben usw. Alles dies gibt bei Ungebildeten oft schnell ein Avis. Der eigentliche Beweis der Intelligenzschwäche wird erst durch den Nachweis der Urteilschwäche über einfache Verhältnisse des gewöhnlichen Lebens, insbesondere deren Kausalnexus erbracht. Erst recht schwierig gestaltet sich der Nachweis des Intelligenzdefektes mittels der Schulkenntnisse bei Gebildeten. Wie hätte ich auch den Y. in den Hauptfächern prüfen sollen, z. B. alte Sprachen, die ich selbst seit etwa 30 Jahren nicht mehr getrieben habe! Das war ja auch unnötig, denn er bot ja die Garantie für ein gewisses Quantum an Schulkenntnissen dar. Außerdem ist bereits durch die Erfahrung erwiesen, daß das Abiturienten-, Fähnrichsexamen durchaus nicht gegen Schwachsinn spricht, bei Studenten, Fähnrichen ist schon mehrfach Schwachsinn festgestellt worden. Der Schulunterricht bedeutet für die meisten doch nur Dressur. Bei Gebildeten wird man ausschließlich die Urteilskraft zu prüfen haben. Ich habe einen Grafen gekannt, der das Abiturientenexamen gemacht hatte, aber nichts werden wollte. Niemand verstand den Mann, niemand dachte an Imbezillität. Er war intim mit kleinen Leuten, was an ihm als Seelen- und Geistesadel gerühmt wurde. Eines Tages unterhielt er sich auf der Straße mit einem Sattlermeister im Arbeitskostüm. Ein Offizier kam vorbei und begrüßte den Grafen, der ihn anhielt und dem

Sattlermeister vorstellte! Die Diagnose stellte der letztere. Einen anderen Abiturienten und Grafen habe ich gekannt, der in Restaurants mit Ovid, Cicero usw. im Urtext erschien, darin las, auch vorlas. Die vox populi hatte schon die Diagnose gestellt, als er zwei Jahre später wegen Schwachsinnns entmündigt wurde, um die Ehe scheiden zu können. (Nach dem Landrecht mußte dann ein hoher Grad angenommen werden.) Er hatte sich aber nicht etwa inzwischen verschlimmert. Damen schlüpfen erst recht durch wegen der gesellschaftlichen Rücksichten und Vorrechte, die ihnen einmal zustehen. Weil es sich hier um den Nachweis bei einem Gebildeten handelt, halte ich den Fall der Veröffentlichung für wert.

Ich habe es bedauert, daß das Gericht nur die schwere Belastung als beweiskräftig betont hat. Ich habe mir in der Detailisierung der einzelnen Vorkommnisse, aus denen die Urteilschwäche hervorgehen sollte, mündlich die meiste Mühe gegeben, denn darin liegt außer der Belastung der Schwerpunkt. Meiner Ansicht nach müßten die Juristen diesen Teil der Beweisführung, der rein psychologisch ist, ebenso gut beherrschen, wie die Sachverständigen. Leute wie der Sattlermeister als Schöffen würden in solchen Sachen geborene Richter sein.

Unbegreiflich ist es mir gewesen, wie der Kollege von dem „von den Vorfahren ererbten Hang zum Leichtsinne“ sprechen konnte. Ich hatte vor ihm mündlich noch auseinandergesetzt, daß die periodische Trunksucht eine schwere Geisteskrankheit sei, bei der der potus nicht die causa, sondern ein Symptom sei, welches sich erst mit bzw. nach Ausbruch der Psychose einstellt. Er sagte auch: vielleicht war der Vater der Mutter auch geisteskrank.

Die Reserve des Militärarztes möchte ich anerkennen. Es ist ein höherer Grad der Einsicht, als wenn in solchem Falle der weniger Erfahrene drauf los geht. Andererseits, glaube ich, wird durch die Bekanntgabe eines solchen Falles auch bei den Militärärzten die Sicherheit gefestigt.

Endlich gaben mir die Eltern an, daß sich der Defekt bei Y. periodisch zeigte. Ich bringe diese Erscheinung kausal im Zusammenhang mit der Epilepsie, die sich mehrfach im Stamm-

baum findet, die periodische Trunksucht gehörte ja auch dazu. Direkte Symptome für Epilepsie bestanden niemals. Verdächtig ist auch, daß Y. für das Stiefelputzen keinen Grund angeben konnte. Amnesie für die Handlung besteht nicht, aber er weiß selbst nicht, warum er es getan hat. Vielleicht eine Bewußtseinsveränderung ohne Amnesie, eine abortive Form eines Dämmerzustandes. Mir ist aufgefallen, daß bei moralischem Schwachsinn Epilepsie immer eine hervorragende Bedeutung in der Belastung spielt, die ja da sein muß. Vielleicht ist der moralische Schwachsinn eine Art „Metaepilepsie“. Würde sich das allgemein feststellen lassen, dann wäre für den Nachweis insofern eine wichtige Handhabe geschaffen, als es dann heißen würde, die Epilepsie muß in der Aszendenz nachgewiesen werden. Dadurch würde die Krankheit aus dem Mißkredit herauskommen.

Der Kuß bei Geisteskranken.

Von

Medizinalrat Dr. P. Nücke, Hubertusburg.

Es gab eine Zeit in der Psychiatrie — sie liegt glücklicherweise weit hinter uns! —, wo das ganze Lehrgebäude mehr aus symptomatischen Mosaiksteinen bestand, ohne jeglichen ersichtlichen Zusammenhang. Jedes beliebige Ereignis, irgendwelche Handlung des Kranken ward des langen und breiten beschrieben. Heute geschieht dies seltener, und wenn schon, dann muß ein besonderes psychologisches oder prognostisches Interesse vorliegen.

Eine solche, zum Nachdenken vielfach anregende Handlung will ich heute den Lesern vorführen. Sie betrifft den Kuß, jenes Zeichen der Liebe, Freundschaft und Verehrung, das sich so weit verbreitet auf dem Erdenrunde vorfindet. Darin liegt gerade vielleicht die Ursache, daß davon in den psychiatrischen Lehrbüchern oder Abhandlungen so gut wie nichts notiert ist. Und doch handelt es sich um eine psychologisch interessante Handlung, weil nicht bloß Gewohnheit und Tradition hier mit-sprechen, sondern vor allem egoistische und altruistische Gefühle ihr zugrunde liegen. Da nun letztere bekanntlich im Verlaufe einer längeren Psychose sehr häufig Einbuße erleiden, so liegt es nahe anzunehmen, daß auch bezüglich des Kusses bei Geisteskranken quantitative und qualitative Veränderungen sich hier ergeben werden. Es verlohnt sich also vielleicht, die Pathologie des Kusses, speziell bei Irrsinnigen, etwas näher zu untersuchen.

Bevor wir aber weitergehen, wird es nötig sein, überhaupt uns die Genese des Kusses klar zu machen. Leider tapsen wir

hier ganz im Dunklen, und auch *Spencer*, *Darwin*, *Wundt* usw. lassen uns gänzlich im Stiche. Ich erlaube mir deshalb dasjenige zu wiederholen, was ich anderwärts¹⁾ in einer kleinen Mitteilung über das beregte Thema sagte:

In Dunkel gehüllt ist der Ursprung des Kusses. Allen verschiedenen Arten desselben scheint aber ein angenehmes Gefühl gemeinsam zu sein, das vielleicht durch Kontakt der weichen Haut, besonders an der Lippe, mit der Wärme, der Turgeszenz, vielleicht auch mit dem Dufte derselben in Verbindung steht. Als angenehm wurde es von beiden Teilen empfunden und als Belohnung, Zeichen der Anhänglichkeit, der Auszeichnung gegeben. Beim Kusse junger Leute untereinander mischen sich dagegen bewußt oder unbewußt sexuelle Motive mit ein, was sogar vielleicht das Ursprüngliche ist, da es ja sehr wahrscheinlich ist, daß das sexuelle Gefühl aus dem reinen Tastgefühl sich abzweigte. Eine psychologische Begründung dafür aber fehlte bisher. Kürzlich hat nun *Gualino* (*Il riflesso sessuale nell'eccitamento alle labbra. Archivio di psichiatria etc.* 1904, p. 341) eine solche gegeben. Es wurde so verfahren, daß mit einem zusammengelegten Wollfaden das Lippenrot mechanisch gereizt ward. Von 20 Frauen, von 18 bis 35 Jahren, empfanden bloß acht dies als rein mechanischen Vorgang, vier deuteten eine erotische Basis desselben an, drei empfanden Reiz zum Koitus, und bei fünf zeigten sich außerdem Pollutionen dabei. Von 25 Männern von 20–30 Jahren waren bei sieben erotische Ideen vorhanden mit Kongestionen zu den Genitalien, doch ohne Erektion, bei drei dagegen mit Anfang einer solchen. Die Personen beiderlei Geschlechts, bei denen dieser sexuelle Reflex besonders deutlich war, waren allerdings nervös, doch schließt trotzdem Verf. mit Recht, daß normalerweise die Lippen eine sog. erogene Zone, d. h. eine Stelle, deren Reizung reflektorisch Kongestionen nach den Genitalien und erotische Ideen erzeugt, bilden müssen. Damit stimmt auch, daß nach Verf.s Untersuchungen zur Zeit der Pubertät an den Lippen sämtliche Empfindungsqualitäten feiner werden.

Jeder Körperteil kann erogen wirken, je nach der Individualität des Besitzers. doch gibt es einige bevorzugte Körperstellen, wie die Lippen, die Brustwarzen, die Hohlhand usw. Das Volk weiß dies sehr gut und namentlich den Zusammenhang von Lippenkuß und sexuellen Gefühlen, wie besonders gewisse Scherzfragen und Redensarten bezeugen. Siehe hierüber Webers „*Demokritos*“. Man spricht speziell vom wollüstigen Kusse, dem sinnlich saugenden, langanhaltenden (der Berliner nennt ihn sehr gut: Fünfminutenbrenner!), von wollüstigen, schwellenden Lippen usw. Besonders berüchtigt und von Wollüstlingen bevorzugt ist der Zungenkuß, d. h. die Berührung der Zungenspitzen. Es ist nun sehr auffallend, daß viele Völkertypen nicht

¹⁾ *Näcke*: Der Liebeskuß. Archiv für Kriminalanthropologie usw. 16. Bd. (1904) S. 355.

den Lippenkuß kennen. z. B. die Mongolen. Vielleicht tritt das Aneinanderreiben der Nasen an seine Stelle. Nicht unmöglich ist es, daß auch hier die Nase oder sonst ein Teil erogen wirkt. Neulich las ich nun, daß die Alten den Liebeskuß nicht gekannt hätten, was ja sehr merkwürdig wäre. Bei Homer kommt er allerdings nicht und in der klassischen Prosa wohl kaum vor, sicher dagegen bei schlüpfrigen Schriftstellern wie Ovid, Catull, Martial, Aristophanes usw. Die Großplastik schweigt darüber wohl ganz. Um aber über diese Dinge Gewißheit zu erlangen, wandte ich mich schriftlich an Dr. *Petermann*, den Direktor der Gehe-Stiftung in Dresden, einen früheren Juristen mit stupendem allgemeinen, insbesondere philologischen und ethnologischen Wissen. Aus seinem höchst interessanten Schreiben greife ich mit seiner Erlaubnis folgende hierher gehörige Stelle heraus.

„ . . . Hier muß unterschieden werden zwischen Griechen und Römern. Die ersteren scheinen in der Tat den Kuß nicht gekannt zu haben; ihre Sprache hat nicht einmal ein Wort dafür, die lateinische dagegen sogar zwei: *osculum* und *basium*. Ob die Behauptung, das letztere habe mehr einen erotischen Sinn gehabt, richtig ist, lasse ich dahingestellt. Jedenfalls war der Kuß bei den Römern nicht recht erotisch . . . In den Lyrikern und Satyrikern ist hierüber (d. h. über den erotischen Kuß) eine Flut von Angaben enthalten. . . . Im Tierreiche ist das einzige Seitenstück des Liebeskusses das Schnäbeln der Tauben, das aber, weil sie der weichen Lippen entbehren, auf Aneinanderreiben der Zunge herausläuft. . . . Daß die Schnecken . . . sich wirklich mit dem Munde küssen. Freilich liegen bei ihnen Mund und Geschlechtsteile ziemlich nahe beisammen, denn letztere finden sich bekanntlich am Halse. . . . Der Zungenkuß trägt entschieden einen erotischeren Charakter als der Lippenkuß. Ich möchte ihn geradezu einen symbolischen Koitus nennen. Ein geraubter Lippenkuß ist eine unter Umständen entschuldbare Unschicklichkeit, ein Zungenkuß eine Unzüchtigkeit. Beim Zungenkuß kommt die Vermischung des Speichels mit in Betracht, dem, wie allen natürlichen menschlichen Effluven, wenn sie von einer andern Person aufgenommen werden, eine mystische Wirkung zugeschrieben wird. . . . Jene Effluven werden daher auch zum Liebeszauber benutzt. . . . Die Neugriechen haben ein Wort für Kuß: *φιλμας* und bei Aristophanes findet sich der Anfang des Kusses in seiner ordinärsten Form. (In einem Stücke beschreibt er nämlich den Cunnilingus.) . . . Ich habe den Kuß, soweit er erotischen Charakters ist, stark im Verdacht: daß er nichts ist als eine Modifikation des bei Tieren häufigen Beschnüffeln und Leckens der Geschlechtsteile. Bei den Griechen, denen die Kleider nicht so fest am Leibe saßen wie bei uns, war man zum Zwecke erotischer Friktionen nicht bloß auf Hand und Gesicht beschränkt. . . . Vielleicht war es auch die bequemere Zugänglichkeit des antrum voluptatis beim Weibe wie beim Knaben, welche die Griechen bestimmte, sich nicht lange mit präparatorisch-symbolischen Handlungen (zu denen wenigstens der Zungenkuß entschieden gehört) aufzuhalten, sondern unvermittelt „*Veneris gaudia vera*“ zu suchen . .

(Der Schreiber bringt dann eine Menge Material herbei, um zu zeigen, daß in der antiken Kleinkunst bildliche Darstellungen von Kußszenen häufig waren.) Zu den „erogenen Zonen“ gehören meines Erachtens alle besonderen sensiblen, kitzligen Stellen, insbesondere auch die Achselhöhlen, bei denen der Geruch mitspielt . . . Zu den kitzligsten Stellen gehören die Fußsohlen, die aber für den Zweck der Venus kaum je in Betracht kommen . . .“

Schreiber hat also als möglich eine sehr gemeine sexuelle Herkunft des Liebeskusses, aus dem dann durch weitere Modifikationen alle andern Abarten des Kusses bis zum rein platonischen Vaterkuß usw. sich leicht erklären lassen, festgestellt. Ich selbst möchte noch auf eine andere mögliche Genese hinweisen. Es ist bekannt, daß beim Coitus verschiedene Tiere (Katze z. B.) sich verbeißen oder ansaugen. Es liegt also die Idee nahe, daß der Kuß vielleicht ursprünglich als Fixationsmittel am Körper während des Beischlafs diene, und dann leicht ein Symbol dafür ward: *pars pro toto*. Ist ja geradezu der wollüstige Liebeskuß ein langes und vehementes Ansaugen! Zur Fixation dienen aber sicher auch die Umarmungen, und so ist auch diesen, bis zur Umarmung der Ordensritter durch den Ordensmeister hin, ein ursprünglich stark sexueller Hintergrund eigen. Sollen wir uns eines solchen schämen? Nein; wir haben alle Ursache, uns darüber zu freuen, daß der tierische Akt der Fortpflanzung allmählich in den Alkoven sich versteckte, und die vorbereitenden Akte symbolisch in höhere Sphären erhoben wurden, die kaum noch an das Sexuelle erinnern.

Die sexuelle Wurzel des Kusses ist also kaum zu verkennen. Wir haben hier nur die Wahl zwischen dem Aufsuchen der erotogenen Zone, zwecks Präliminarien zum Koitus, oder einem indirekten Fixationsmittel. Ich möchte fast glauben, daß letzteres das ursprüngliche ist,¹⁾ da schon bei gewissen Protozoen während der Konjunktion Mund fest an Mund gedrückt wird.²⁾ Aber hier scheint bereits ein erotogenes Moment mitzuspielen, weil z. B. bei der *Stylonychia mytilus* während der Kopulation die Wimpern des Mundes, allerdings zugleich auch die der einander zugekehrten Bauchseiten der Partner quasi den andern Teil streicheln. Das ist zugleich ein starker Beweis dafür, daß das Geschlechtsgefühl ursprünglich nur ein Tastgefühl

¹⁾ *Lombroso* hat kürzlich, wenn ich nicht irre, die Hypothese aufgestellt, die Mutter habe ursprünglich durch ein Röhrchen ihrem Kinde Nahrung eingebläst; dadurch sei die Attraktion des Mundes entstanden. Das scheint mir durchaus unwahrscheinlich, da diese Art der Ernährung nur eine ganz ausnahmsweise ist.

²⁾ Siehe *Penta*: I perversimenti sessuali nell' uomo etc. Napoli, 1893. d. 95.

war. Ja, bei manchen Gregarinen geht die Zygosis bis zum völligen Verschwinden beider Partner in einen Körper, und zwar vor der Teilung, so daß man die Kopulation hier fast einen Ernährungsakt nennen könnte. Beim Menschen war das ursprüngliche Fixationsmittel beim Koitus die Umarmung. Hierbei kam von selbst Mund auf Mund, und ein Festsaugen oder Verbeißen konnte eventuell weiteren Halt gewähren. So mußte die Berührung der Lippen allmählich angenehm empfunden werden und in eine starke Assoziation zum Koitus selbst treten. Das nahegelegene Geruchsorgan spielte anfangs sicher auch eine bedeutende Rolle, später nicht mehr oder nur noch selten. Die angenehme Empfindung des Kusses konnte dann weiter vererbt werden.

Die sexuelle Basis liegt also jedem Kusse zugrunde, bis zur sublimiertesten Form der Eltern-, Kindes- und Nächstenliebe. Das wäre also die Genese des Kusses. Die Psychologie desselben will ich hier nicht weiter untersuchen.

Wir werden nun erwarten dürfen, daß bei Geisteskranken bezüglich des Küssens gewisse Änderungen quantitativer und qualitativer Art sich werden geltend machen. Wir wissen ja, daß mit der Zeit bei Psychosen nicht nur die Intelligenz, sondern vor allem die ethische Sphäre leidet. Die Kranken zeigen sich meist — aber durchaus nicht immer! — ihren Angehörigen gegenüber stumpfer, interesseloser. Freilich läßt sich dies auch nur zu oft auf die letzteren selbst anwenden, denn nach dem ersten Jahre des Krankseins pflegen Besuche und Anfragen der Angehörigen immer seltener zu werden. Als ein äußeres Zeichen für die Gefühlsabstumpfung muß man es ansehen, wenn die Kranken bei Besuchen ihre Angehörigen weniger küssen als sonst, was mir im allgemeinen richtig zu sein scheint. Freilich muß man wiederum bedenken, daß in den niederen Schichten des Volks alle Gefühle oft weniger entwickelt erscheinen¹⁾ als in

¹⁾ Näcke: Kriminalpsychologie. Wiener klinische Rundschau 1896. No. 46—48, und: la psychologie criminelle, in Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique 1896. — Ferner Näcke: Die Gatten-, Eltern-, Kindes- und Geschwisterliebe. Archiv für Kriminalanthrop. usw. 20. Bd. (1905) S. 119.

den oberen, daher auch die äußeren Liebesbezeugungen und der Kuß seltener und weniger innig sind. Das ist also nicht aus den Augen zu lassen, will man gerecht sein! Hin und wieder scheint freilich das Gegenteil einzutreten, d. h. also der Kuß der Frau gegenüber feuriger zu sein, wahrscheinlich wegen erhöhter libido infolge langer Abstinenz. Wiederholt wünschten dann in solchem Falle die Patienten mit der Frau allein gelassen zu werden, was natürlich nicht gestattet werden konnte.

Kann also bezüglich der abnehmenden Häufigkeit des Küssens bei den Kranken nur ein Eindruck wiedergegeben werden, so sind wir über direkte pathologische Veränderungen des Kusses positiv instruiert. Von quantitativen Änderungen nenne ich drei: eine einmalige Kußattacke, das periodisch auftretende, und endlich das kürzere oder längere Zeit anhaltende Küssen, mit oder ohne Schwankungen in der Intensität, bis zur Ausbildung einer wahren „Kußmanie“. Qualitativ ist das Küssen verändert, wenn die libido mehr oder weniger deutlich eine homosexuelle Richtung angenommen hat.

Endlich können wir den Hauptmotiven nach folgende Arten von Küssen bei Geisteskranken unterscheiden:

1. den Freundschaftskuß, ohne sexuellen Hintergrund; wohl nur bei Frauen oder höchstens bei männlichen Idioten; 2. den sexuellen Kuß, der vom normalen sich nicht abhebt;¹⁾ 3. den homosexuellen Kuß; 4. den imperativen, auf grund eines Befehls durch eine Stimme erfolgend; 5. den durch eine Wahnidee oder Sinnestäuschung ausgelöst; 6. den impulsiven Kuß nach Zwangsvorstellungen oder ohne solche; und endlich 7. den mehr rein automatischen Kuß. Natürlich ist es nicht immer leicht, die Art des Kusses in concreto festzustellen, manchmal sogar unmöglich, und die Motive können sicher auch bei Serien von Küssen bei ein und derselben Person wechseln, vielleicht sogar zuweilen kombinierte sein. Im folgenden sollen nun für die Hauptarten des Kusses Beispiele gegeben und jeder Krankengeschichte eine kurze Epikrise angeschlossen werden.

¹⁾ Auf den Frauenabteilungen ist der Kuß oder der Versuch dazu dem Arzte gegenüber bekanntlich nichts Seltenes!

Fall 1.¹⁾ K., Bauführer, geb. 1850 in Colditz, aufgenommen 1888. Ohne erbliche Anlage, mittelbegabt, solid. Erkrankte im Herbst 1887, mit Unordnung, Mangel an Arbeitslust, Rechthaberei, Zanksucht, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit. Erregte Libido, starke Eifersucht, Gewalttätigkeit gegen die Frau. Zuerst am 11. April 1888 in die Anstalt H. wegen Verfolgungs- und Größenwahns. Verworrene Wahnideen, oft sehr erregt, widerspenstig, spricht viel von Untreue der Frau. Oft zynisch, hört viele Stimmen. 1893 nach Hubertusburg versetzt. Alberne Handlungen, oft sehr kindisches Wesen, verwirrt und bisweilen wie traumverloren, hie und da gewalttätig. Selten beschäftigt. Im ganzen mehr verworren als stark schwachsinnig. Seit 1900 eine Reihe von deutlichen epileptischen Anfällen. 1896. April. Zuerst hier notiert, daß er mit Vorliebe Jugendliche, namentlich Demente, von hinten fest in seine Arme schließt. In der Folgezeit sehr zärtlich mit ihnen, streichelt sie, küßt sie ab, greift ihnen an die Genitalien, betreibt solitäre oder mutuelle Onanie, hat auch exhibitioniert, spricht von Pädikation, ist aber nie dabei betroffen worden. Also deutlich homosexuelles Fühlen oder, richtiger gesagt, bisexuelles, da er bei Besuchen einer Nichte zotet, sexuell erregt ist, sie einmal aufforderte, mit ihm zu Bette zu gehen; bei einem weiteren Besuche (1905) exhibitionierte er vor ihr und versuchte ihr unter die Röcke zu greifen. Bis jetzt — Mitte 1905 — setzt er sein homosexuelles Gebahren fort und kann namentlich das Küssen nicht lassen, selbst wenn er dafür zuweilen von andern Ohrfeigen erhält.

Fall 2. R., Handlungsgehilfe, geb. 1881, sehr gut begabt, Mutter immer etwas schwermütig, leicht vergeßlich, solid. Gegen Weihnachten 1899 initiale Melancholie ohne Grund, dann Erregung. Irrenklinik. Seit 25. Juli 1900 in Hubertusburg. Entwickelt sich zur richtigen katatonischen Dementia praecox. Merkwürdige paranoide Ideen, doch nicht immer dieselben und nur in den ersten Zeiten. Viel Gehörstäuschungen, oft kindisches Wesen, dann absoluter Mutismus, Katatonie, Echopraxie usw. Seit Anfang des Jahres 1901, also etwa ein Jahr nach Beginn des Leidens, küßt er immer einen Idioten, ist viel mit ihm zusammen. Am 28. Februar saß er auf ihm, der am Boden lag. Im März zieht er oft Kranke auf den Abort, wahrscheinlich zu onanistischen Zwecken. 6. Oktober. Lag auf der Diele hart neben einem andern und spielte mit ihm. Macht lauter Unfug, neckt, schlägt auch bisweilen zu, arbeitet nur zu Zeiten. — 1902. 20. Februar. Vor einigen Tagen legte er sich auf einen jungen Menschen mit herausgezogenem Penis. Onaniert viel mit andern Kranken. 1. Juni. Lief im Garten umher, den Penis in der Hand und zeigte ihn den Frauen. Onaniert stark. Das geht so weiter, bis Ende des Jahres 1903, dann hört die Küsserei, Onanie usw. auf. Ende des Jahres 1904 zum erstenmale zwei rudimentäre epileptische Anfälle beobachtet, die in den ersten Monaten des Jahres 1905 noch deutlicher auftraten, und zwar zunächst nach Inzisionen.

¹⁾ Näheres über K., sowie über den nächsten R., siehe in meiner Arbeit: Die Spätepilepsie im Verlaufe chronischer Psychosen, unter Fall 5 und 13. Zeitschrift für Psych., Bd. 62.

Fall 3.¹⁾ M., Fleischergehilfe, geb. 1865, zum erstenmal in Untergöltzsch am 2. Januar 1894 aufgenommen. Bruder geisteskrank, erhängte sich später. Patient mäßig begabt, angeblich leicht reizbar, etwas roh, aber doch im ganzen gutmütig. Solid. 1888 kam er vom Militär zurück, seitdem still, zurückhaltend. 1890 sollte er eine Übung mitmachen, verduftete aber und hinterließ einen Zettel; „Ich kann nicht eintreffen, ich bin nicht zurechnungsfähig.“ Arbeitete längere Zeit in der Fremde, wanderte viel, kehrte erst Ostern 1893 nach Hause zurück, zerlumpt, abgemagert, auffällig ernst, mürrisch, sprach wenig, wollte kein Fleisch essen, kein Bier trinken, aber Fisch, Gemüse, Gebäck und Milch. Arbeitete wenig, betete meist, las laut im Gesangbuche und Neuen Testament, die er stets bei sich führte. Bisweilen klagte er über die schweren Sünden, die er begangen habe, und für die es keine Vergebung gäbe. Oft vor der Kirche und auf der Landstraße an einem Baum knieend und betend angetroffen. Von August bis Oktober vagierte er mittellos herum. Geistig stumpf, betete noch, aber weniger, sprach wenig und nur abgerissen, lief stundenlang singend, pfeifend in der Stube. In der letzten Zeit aggressiv. Eßgier, reinlich. Bei der Untersuchung am 21. Februar 1893 waren die Pupillen verengt, in der linken Gesichtshälfte zeigten sich zeitweilig auffällige Zuckungen, die schon angeblich von der Kindheit her bestanden. Kam in Untergöltzsch in Zwangsjacke an, läßt sich nicht anfassen, stößt mit Kopf und Schultern. Mit Mühe wird er gebadet, liegt dann ruhig da. läßt aber niemand in die Nähe kommen, greift sofort an dessen Genitalien und versucht zu küssen. Nachts springt er plötzlich auf, geht in das Bett eines andern, der bei offener Tür in einem Isolierzimmer schläft, drückt ihn an sich und küßt ihn, läßt sich nur mit großer Mühe von demselben fortbringen und wird isoliert. (Nach den Aussagen des durchaus zuverlässigen Oberpflegers B. in Hubertusburg, der damals als junger Pfleger obiger Szene mit beiwohnte, spielte sich die Sache des näheren folgendermaßen ab. Am 3. Januar 1894 früh 6 Uhr wollte Patient zu einem Kranken gehen und ihn küssen. Als ihn die Pfleger davon abhalten wollen, wirft er den einen nach dem andern um, küßt sie und greift ihnen an die Genitalien, ebenso zwei Ärzten und dem Direktor. — 3. Januar. Ganz unträtel, reißt mit gewaltiger Kraft jeden um, versucht zu beißen, stößt mit Vorliebe gegen die Genitalien. Mittags mußte er, von sechs Pflegern gehalten, gefüttert werden, auch abends. Die Balgerei schien ihn zu amüsieren. In der Folgezeit schwankend in der Stimmung, oft stumm, verlangte auch die Bibel, renommierte mit seinen Kräften, zeigte keinen Wahn oder Sinnestäuschungen, küßte nie mehr, griff auch nicht an die Geschlechtsteile anderer. Oft gedrückter Stimmung, entweichungssüchtig. Am 8. April riß er aus, man brachte ihn aber zurück. Ward den 2. Juli 1895 nach Haus beurlaubt, den 14. April 1897, angeblich

¹⁾ Diese Krankengeschichte ist mir gütigst von der Anstaltsdirektion zu Untergöltzsch überlassen worden.

ohne direkte Nötigung, zum zweitenmale in die Anstalt aufgenommen. Halluzinierte stark, war fast stumm und stumpf. Überstand dann eine Urethritis infolge eines eingesteckten Schieferstiftes. Lachte später öfter. Ward immer blöder. Automatismen, Echopraxie, auch Wutanfälle, doch keine Aggression mehr. Teilweis beschäftigt.

Fall 1 gehört wohl zur *Dementia praecox paranoidea*, da der intellektuelle, noch mehr aber der ethische Schwachsinn ziemlich schnell eingetreten ist. Freilich erscheint ersterer, durch die meist bestehende Verworrenheit verdeckt, schlimmer als er in Wirklichkeit ist, wie ich andernorts schon bemerkte. Patient hat sich erst im späteren Verlaufe der Krankheit bisexuell bezüglich seiner libido entwickelt. Seit Jahren leitet er seine Zärtlichkeiten mit meist jungen Dementen durch Küsse ein und verleitet sie dann zu mutueller Onanie oder spielt ihnen an den Genitalien herum. Daß er aber auch weiblichen Reizen gegenüber nicht unempfindlich ist, zeigte er wiederholt bei Besuchen einer Nichte. Der Kuß unseres Kranken hat also stets einen deutlich sexuellen Anstrich und zwar einer bisexuellen libido. Dabei erscheint der Geschlechtstrieb entschieden gesteigert.

Auch Fall 2 gehört zur *Dem. praecox*-Gruppe, und zwar zur hebephrenen resp. katatonen Abart, obgleich anfangs sehr viele paranoide Ideen bestanden. Erst seit etwa einem Jahre nach Beginn des Leidens küßte er besonders einen Idioten und brachte ihn zur mutuellen Onanie. Zwei Jahre etwa dauert dies an, dann hört es ziemlich plötzlich auf. Seit Anfang 1904 ward Patient nicht mehr beim Küssen usw. betroffen. Also auch hier ein starker sexueller Hintergrund, doch anfangs nur homosexuelle libido. Erst zuletzt exhibitionierte er auch vor den Frauen, fühlte also wieder zugleich heterosexuell, anders als bei K. Während es bei Fall 1 wahrscheinlich nicht zu beischlafsähnlichen Handlungen oder zur Pädikation kam, ward hier Patient einmal dabei betroffen, wie er auf einem jungen Menschen mit herausgezogenem Penis lag,¹⁾ doch ohne weiter zu gehen. Jedenfalls erinnert diese Situation sehr an den Koitus.

¹⁾ In meiner Arbeit: Einige psychologisch dunkle Fälle von geschlechtlichen Verirrungen in der Irrenanstalt (Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen usw. 5. Jahrg. 1903), schilderte ich einen tiefverblödeten Katatoniker, der

Fall 3 imponierte anfangs als Melancholiker, entpuppte sich aber doch bald als ein demens praecox. In schwerster Erregung und gefesselt in die Anstalt eingeliefert, versucht er sofort die Umstehenden, auch die Ärzte, zu küssen, zugleich aber an die Genitalien zu fassen. Er will durchaus in das Bett eines Mitkranken gehen, drückt ihn an sich und küßt ihn gleichfalls. Hier tritt der sexuelle Charakter des Kusses besonders stark in den Vordergrund, indem Patient gleichzeitig mit dem Küssen dem andern an die Genitalien greift. Letzteres ist aber nicht etwa als sadistischer Akt zu deuten, der ja meist nur präparatorisch ist, sondern als weitere Irradiation der voluptas.

Wir haben also in allen drei Fällen einen deutlich sexuellen. und zwar homo- resp. bisexuellen Hintergrund des Kusses. Merkwürdig ist im dritten, daß diese förmliche Kußattacke im Verlaufe mehrerer Jahre nur an einem einzigen Tage sich zeigte. Im Falle 2 dauerte das Küssen zwei Jahre lang fort, im Falle 1 besteht es noch jetzt, also seit Jahren, in beiden Fällen mit Schwankungen in der Intensität. Doch geschah das Küssen durchaus nicht täglich.

Fall 4. S., Steuerakzessist, geb. 1878, aufgenommen den 9. Februar 1904. ledig. Bruder geistesschwach. Patient gut begabt, besuchte 1½ Jahr die polytechnische Hochschule. Zu Hause angeblich nicht abnorm. Es ging nicht mehr; diente, ging ins Steuerfach. Es ging aber auch hier bald nicht mehr. daher bei der Mutter. Solid. Melancholische Ideen: alle Leute lüden alles auf ihn ab, er müsse sterben, damit die andern gesund werden könnten, werde von Geistern verfolgt. 1903 Selbstmordversuch. Im Sommer ging es leidlich. Im Herbst wieder niedergeschlagen, menschenscheu, Angstzustände. Alles sei aus, er müsse sterben. Schlechter Schlaf, lief ruhelos hin und her, auch nachts. reizbar, aggressiv, Gedächtnis schwächer, widerspenstig, schlecht essend und aussehend. Immer dasselbe sprechend: es gäbe keine Rettung usw. Mittelgroß, leidlich genährt, gesunde Organe. Antwortet gut, schnell. Sagt, daß er seit der Obertertia sich verändert habe. Erst wäre ihm das Lernen leicht gefallen, nachher nicht mehr, da er sich überanstrengte. Es wäre besser gewesen, wenn er nicht studiert hätte, er sei verhext. Man könne ihm nicht mehr helfen. Er sei krank, aber nicht geisteskrank. In

wiederholt mit dem ganzen Körper auf einem andern festgeklammert, wie ein Frosch in copula, lag, doch ohne Entblößung des Penis. Nur mit der äußersten Mühe konnte er von seinem Partner getrennt werden! Wahrscheinlich lag auch hier ein dunkler Drang nach homosexueller Befriedigung vor.

der Folgezeit fast stets deprimiert, drängt sinnlos fort, will sterben, auch Angstzustände, oft schwerster Art. Keinerlei Krankheitseinsicht. Schreibwut. Sinnestäuschungen, besonders des Gehörs. Oft sehr schwer im Bette zu erhalten. Auch langes Fortgehen von Opiumtinktur in großen Dosen oder Einspritzungen von Morphin ohne sichtlichen Erfolg. Selten Ruhe zur Arbeit. Immer mißtrauisch und nie mit andern verkehrend. Entweichungsversuche. 1904. 25. Mai. Auch der Satan habe zu ihm gesprochen, er sei selbst der Satan. Will zum Himmel auffliegen. Auf die Frage, wie er das machen wolle, lacht er, klatscht in die Hände und springt in die Höhe. Dann Besserung, lacht öfters, spielt Klavier, ißt besser. Merkwürdige, sinnlose Handlungen, scheinbar ohne Motiv. Z. B. hüpfte er plötzlich umher. legt sich zu Boden usw. — 4. Juli. Sehr ängstlich. An diesem Tage zuerst bemerkt, daß er verschiedene Kranke an sich drückte; doch ohne zu küssen. (Warum?) „Ich weiß gar nicht, wie mir ist.“ Das geschah nachmittags und vielleicht zweimal. — 6. Juli. Gestern nichts Ähnliches. Heute aufgeregt im Garten, sprang über die Beete, nahm Leuten die Hüte weg und wollte sie küssen. Beim Gartenfest küßte er einen und bekam Schläge dafür; einem musizierenden Pfleger riß er das Instrument aus den Händen. Als er zurückgebracht wurde, riß er aus und wollte einer Wärterin um den Hals fallen. — 9. Juli. Stürzte im Garten auf alle los, um sie zu küssen. auch wiederholt auf den Arzt, als er mit ihm sprach, obwohl er auf Zureden die größte Mühe sich gab, es nicht zu tun. Innere Stimmen befehlen es ihm. Hinterher sagte er, der Satan befehle es. — 10. Juli. Wer ihm zu nahe kommt, wird geküßt oder zu küssen versucht, auch besuchende Fremde. Befragt, warum? Eine Stimme sage es. Woher? Von Gott und seiner Braut Franziska. Liegt viel auf dem Boden, „damit ich den Teufel los werde“. Befragt, woran er erkenne, daß er den Teufel habe, sagt er: „Einmal bin ich der Mittelpunkt von allem, ich mag annehmen, was ich will. Um mich dreht sich alles.“ Abends ohrfeigt er sich. Warum? weil von einer Stimme befohlen. — 11. Juli. Weniger geküßt. Steht viel auf einer Stelle, nachdenklich. (Woran denken Sie?) „Wie ich in den Himmel komme.“ Kopfschmerzen. — 12. Juli. Weniger geküßt. Legte sich ein paar Mal auf die Diele. — 13. Juli. Steht meist auf einer Stelle, nachdenklich. Meint, er denke auch, daß alles, was er hier treibe und denke, falsch sei, er werde es aber auch nicht eher gewahr, als bis er es getan habe. Hinterher, wenn es zu spät sei, sähe er selbst ein, daß das, woran er gedacht habe, nicht richtig sei. Z. B. wenn ihm der Gedanke des Küssens ankomme, so sei es ihm in diesem Momente, als ob er da „zugezogen“ würde. Er küßt besonders solche, die sich das ruhig gefallen lassen. Stürzt auch oft auf den Arzt, um ihn zu küssen. Beim Abwehren bleibt er aber ruhig vor ihm stehen. Hat heute von früh $\frac{1}{2}$ 11 bis abends zum Schlafengehen 39 mal geküßt. Schüttelt öfters mit dem Kopfe. — 14. Juli. Fing gleich früh zu küssen an, im ganzen von früh 6 bis $\frac{1}{2}$ 8 Uhr 22 mal, auch auf dem Saale, wo viele da waren. Bis Mittag ließ er mit Küssen nach. Von einem Kranken erhielt er mit den

Worten: „Du Hund willst mich beißen“, eine Ohrfeige. Küßte heut im ganzen 32 mal. Nachmittags Kopfschmerzen und Brustbeklemmungen. — 15. Juli. (Warum küssen Sie immer?) „Das hat mir der Geist gesagt, daß ich das tun soll.“ Im ganzen heute 15 mal geküßt. Öfter wie dösig. — 16. Juli. Angstgefühle. „Ich weiß selber nicht, was ich will. Einmal ist es so, dann aber auch gleich wieder das Gegenteil.“ Beim Sprechen fährt er oft mit der Hand über den Kopf und sagt „O ja“. Drängend. Mittags stieg er aufs Bett. (Weshalb?) „Die Stimme des Zeus hat mir befohlen: stehe auf und wandle.“ 11 mal geküßt. — 17. Juli. Erst nachmittags geküßt, 24 mal, meist einen Greis im Garten, der sich das ruhig gefallen ließ. Gefragt, warum er früh nicht geküßt habe, sagte er: „Mir ist nachmittags wohler als vormittags.“ — 18. Juli. 19 mal geküßt. Sagte öfter: „Lassen Sie mich doch zu meiner Mutter, da gibt es jetzt viel Arbeit“. — 19. Juli. Zum Essen fast genötigt. Lief viel auf und ab. 12 mal geküßt. Mittags sprang er auf den Tisch, dann herunter. Im Garten legte er sich auf den Rücken. Brach sich eine Blume ab und biß sie in der Mitte entzwei. „Eine Stimme befahl es mir.“ — 20. Juli. Lief 3 mal im Laufschrift auf und ab. Der liebe Gott habe es ihm gesagt. Drängt fort. 6 mal geküßt. — 21. Juli. Den ganzen Tag in sich versunken. Zum Essen genötigt. Möchte gern arbeiten. Erst nachmittags geküßt, 13 mal. (Warum er das nicht lassen könne?) „In dem Augenblicke, wo mir der Gedanke kommt, kann ich mich nicht beherrschen.“ — 22. Juli. 7 mal geküßt. Lebhafter, wäscht mit auf. — 23. Juli. Marschirt und exerziert auf Befehl Gottes. Das Wort „Schreck“ kommt ihm nicht aus dem Kopfe. Deshalb seit morgens sehr deprimiert. 4 mal geküßt. — 24. Juli. 5 mal geküßt. Etwas freier. — 25. Juli. 2 mal geküßt, nachmittags. Aß sehr wenig. Nachmittags viel in der Stubenecke, sehr niedergedrückt. Bat mehrmals, das Bad solle ihm aufgeschlossen werden. (Warum?) „Ich will sterben.“ Äußert auch oft; „Wenn es nur bald aufhörte.“ — 26. Juli. Versuchte über den Zaun zu klettern. Nachmittags zerschlug er ohne Anlaß eine Fensterscheibe. Im Garten wälzte er sich auf Befehl Gottes auf dem staubigen Boden herum. — 28. Juli. Heut nicht geküßt. Nachmittags freier. Bat, wenn er einen Fehler mache, ihn darauf aufmerksam zu machen. — 29. Juli. Auch nicht geküßt. Längere Zeit deprimiert. Nachmittags lebhafter, wollte mit verschiedenen ringen. Nach dem Gartengang sprang er auf Tisch und Stühle. (Warum?) „Daß ich fortkomme.“ „Ich fühle mich ängstlich.“ — 30. Juli. Sehr deprimiert. Beim Aufwaschen zerschlug er einen Kaffeetopf. „Das hat mir gleich der liebe Gott gesagt.“ — 31. Juli. Sehr niedergedrückt; immer an einer Stelle; trotzdem sagt er, es gehe ihm gut. Nachmittags wollte er durchaus ohne Strümpfe, Weste, Jacke und Hut in den Garten. Nicht geküßt. — 2. August. Tanzte früh im Saale, mehrmals auch im Garten, exerzierte, kommandierte, deklamierte das Lied von der Glocke. Umarmte den Pfleger und wollte ihn küssen. Das wiederholte sich 3 mal hintereinander. — 3. August. Versuchte früh den Pfleger zu küssen. Sprang öfters auf Tische und Stühle und sprach laut: „Hipp, hipp, hurrah!“. Wälzte sich auf der

Diele. Abends stampfte er heftig mit den Füßen, ballte dabei die Faust. (Warum?) „Der Teufelsgedanke mag nicht von mir weichen.“ (Was für Gedanken?) „Es sind keine richtigen Gedanken, es ist nur ein Zucken und Jucken im Kopfe.“ — 5. August. Sehr betrübt, trotzdem sagt er, es gehe ihm gut. — 7. August. Stieg mehrmals auf den Tisch und sagte laut: „Hurrah, mir gehts gut.“ — 8. August. Versuchte wieder zu küssen. Als der Pfleger ihn davon abhielt, sagte er: „Das ist recht, daß Sie das tun.“ Stieg tagsüber etwa 18 mal auf Tisch und Stühle, auf Befehl der Stimme. — 10. August. Riß abends die Betten der andern ein. „Das muß ich machen, weil ich bald nach Haus will.“ Drängt viel an der Tür. — 11. August. Wälzte sich im Garten mehrmals auf dem Fußwege. (Warum?) „Es wälzte bei mir im Kopfe und da habe ich es auch gemacht.“ Legte sich im Saale der Länge nach auf den Tisch. — 12. August. Legte sich abends mehrmals auf den Boden, schrie dabei: „Hurrah, hurrah!“ Sagt, dies werde ihm eingegeben. Alles, was man ihm heute vormacht und vorsagt, macht er nach. Muß zum Essen genötigt werden. — 13. August. (Warum so traurig?) „Man will doch auch mal wieder nach Haus.“ Der Pfleger glaubt, er werde noch küssen, wenn man ihn dazu auffordert. — 14. August. Mißgestimmt. Stützt viel den Kopf in die Hand. „Mir ist so dumm im Kopfe.“ Hat längere Zeit nicht geküßt. — 15. August. (Warum küssen Sie nicht mehr?) „Ich habe keine Neigung mehr dazu.“ (Wollen Sie mich küssen?) „O ja“, und sofort stand er auf und wollte den Pfleger küssen. Er tat es namentlich früher auch wiederholt auf Aufforderung hin. — 16. August. Klagt über Angstgefühle. (Wieso?) „Ich weiß selber nicht, was mit mir ist, ich möchte so gern nach Haus, da gibt es sehr viel Arbeit und hier habe ich nichts zu tun.“ — 17. August. Küßte einen Jungen. (Warum, da ich Ihnen gestern das Küssen verbot?) „Das ist doch ein Neuer, dem muß ich einen Kuß geben.“ (Der kleine Kranke war eben hierher versetzt worden.) — 18. August. Macht alles nach, was andere sagen, besonders wenn ihn der Kleine kommandiert. — 22. August. Macht immer noch alles nach. Als ihm der Kleine sagt, er solle einen küssen, tut er es sofort. — 23. August. Küßte heute wieder spontan, legte sich dann auf den Boden, bestieg einen Stuhl und rief: „Hurrah!“ (Warum?) „Das muß ich tun.“ — 24. August. Fünf Küsse, spontan. — 25. August. Wollte 2 mal den Oberpfleger küssen, auch den Arzt. Ist schlecht. — 26. August. 4 mal geküßt. „Das muß ich tun, damit ich endlich mal nach Haus komme.“ — 27. August. Alles, was der Kleine ihm vormacht oder sagt, macht er nach, so auch bez. des Küssens. — 28. August. Spontan zwei Küsse. — 29. August. 5 mal geküßt, z. T. nach Aufforderung. — 30. August. Ganz früh Strangulationsversuch mit der Rouleauschnur. Er habe es tun müssen. — 31. August. Unruhig, will immer aus dem Bette springen, ißt sehr schlecht. — 1. September. Mußte gefüttert werden. — 3. September. Ditto. Das Essen hätte für ihn keinen Zweck, er werde stets zu voll davon. Drängt sehr. — 6. September. Ist nicht. *Tedium vitae*. „Wenn ich einmal von hier fortkomme, dann ist mir geholfen.“

(Wieso?) „Ich bin schon, wo ich noch zu Hause war, mehreremal im Winter mit dem Entschlusse zu erfrieren in den Wald gegangen.“ Will dort 2 mal übernachtet haben. — 14. September. Warf spontan einen Teller vom Tische auf den Boden. (Warum?) „Daß ich nun endlich Ruhe habe.“ Gestern Besuch der Mutter, sprach wenig, weinte mehrmals, hielt sich die Ohren zu und sagte einmal: „O Gott, o Gott! Das kann ich nicht tun: das geht nicht, nein. Das Messer kann ich nicht nehmen.“ — 15. September. Sehr niedergeschlagen, drängend. Sagt: „Wenn nur nicht soviel hier gesprochen würde, daß ich nichts hörte; mir kommen dabei jedesmal ganz verrückte Gedanken an, was doch gar nicht möglich und ausführbar ist.“ Macht immer Not mit dem Essen. — 20. September. Selbstmordgedanken. Zum Pfleger abends: „Schneiden Sie mir die Kehle durch.“ (Warum?) „Weil ich verrückt bin.“ — 21. September. Klagt oft, wenn im Saale viel gesprochen wird; Fluchtversuch im Garten. (Warum?) „Ich muß draußen sterben.“ — 22. September. Verschluckt einen Löffel Farbe, die zum Fensteranstreichen diente. Danach ward es ihm etwas schlecht. Verstimmt. — 23. September. „Wenn ich nur tot wäre.“ Etwas Durchfall. — Oktober. Ißt sehr schlecht in der Folge, muß öfter gefüttert werden, hat viel Sinnes-täuschungen, auch des Gesichts. Immer sehr ängstlich. Küßt nicht mehr. Nur am 24. Oktober notiert: Küßte mehrere Kranke, die es sich gefallen ließen. — 25. Oktober. Nahm einem beim Mittagessen das Messer weg und wollte sich den Hals durchschneiden. Das Messer nahm ihm aber der Kranke gleich fort. — 27. Oktober. Sprang plötzlich auf und stieß mehreren Kranken die geballte Faust in den Leib. — 7. November. Ohrfeigte mehrere. (Warum?) „Weil ich ein schlechter Hund bin.“ — 15. November. Immer schlecht essend, will sterben. Schreckliche Gesichts- und Gehörstäuschungen. Sehr ängstlich. — Dezember. Fortwährend sehr ängstlich und mußte oft gefüttert werden. Erst seit 1905 ißt er leidlich und zeigt sich freier, doch kamen Schwankungen vor. Zeitweise Selbstmordgedanken. Wollte wiederholt schlagen (imperativ). — 8. Juni. Nahm ein Brotmesser, um sich den Hals zu durchschneiden; am 14. Juni wollte er sich mit einem Bindfaden aufhängen, am 20. im Abort mit dem Hosenträger. — Juli. Benehmen das alte. Weniger ängstlich, unsicher, oft Verzerrungen im Gesicht. Will immer sterben. Hat nicht mehr geküßt.

In diesem Falle zeigt sich das Bild einer Pseudomelancholie mit starkem taedium vitae, furchtbaren und quälenden Gehörs- und auch Gesichtstäuschungen und häufigen, schweren Angstzuständen bei bestehender Gemütsdepression. Es fehlen aber gänzlich Kleinheits- und Versündigungswahn. Patient, erblich belastet, macht ganz den Eindruck, daß er schon ab ovo nicht normal war. Er selbst gibt zu, daß bereits in Obertertia sein Wesen sich geändert habe. Aber weniger seine intellektuelle

Abstumpfung — sein Gedächtnis erscheint zwar noch ganz leidlich, doch ist die Kritik offenbar sehr defekt —, als vielmehr die Affektlosigkeit und Gleichgültigkeit gegen alles und jedes¹⁾ läßt den Fall als zur Dem. praecox paranoides gehörig erscheinen, mit einem sehr lang ausgedehnten und ausgeprägten melancholischen Vorstadium. Gleich hier will ich in parenthesi bemerken, daß ich gegen die furchtbaren Angstzustände, die Pat. durchaus nicht lokalisierte, und die allgemeine Depression wochenlang hohe Dosen von Opiumtinktur verabreichen und auch längere Zeit statt derselben Morphium subkutan (dreimal täglich 0,01) geben ließ, ohne irgendeinen bestimmten Erfolg davon zu sehen. In sehr vielen ähnlichen Fällen habe ich ein gleiches meinen Ärzten demonstrieren können. Ich selbst habe noch nie einen Fall gesehen, wo Opium oder Morphium bei melancholischen und Angstzuständen, selbst wenn die Angst lokalisiert war, was nur selten geschah, sicher geholfen hätte. und muß also die vielfache Anpreisung dieser Mittel mindestens als eine arge Übertreibung bezeichnen. Wenn nach einer so lang ausgedehnten Therapie endlich eine Besserung oder gar Heilung eintritt, wer will dann das post hoc oder propter hoc entscheiden? Gerade solche melancholische Zustände zeigen bekanntlich oft genug spontane Schwankungen und Besserungen. Man kann also obige Mittel in solchen Fällen par acquit de conscience wohl anwenden, traue ihnen aber nicht zu viel zu und sei vor allem bezüglich des Endeffekts sehr skeptisch! Nur wenn bei intermittierender Anwendung stets sehr plötzlich und deutlich ein auffallender Abfall der Angst erfolgt, würde ich einen kausalen Zusammenhang annehmen, sonst nicht! Doch kehren wir wieder zu unserem Patienten zurück. Wir sahen, daß derselbe während einiger Monate und fast unaufhörlich seine Umgebung, auch die Ärzte, küßt oder zu küssen versucht, bis zu 39mal am Tage! Als Motiv gibt er fast stets an, es geschähe auf Befehl einer Stimme, Gottes usw. Die Zahl der Küsse nahm allmählich zu, schnell aber ab. Daß vorher oder während des

¹⁾ Wenn er auch oft an Angehörige und Freunde schreibt, so ist es mehr Schreibdrang als Liebe, der ihm die Feder in die Hand drückt.

Küssens ein besonderer Grad von Ängstlichkeit bestanden hätte, wurde nicht bemerkt. Merkwürdig ist ferner zeitweise die Echopraxie und Befehlsautomatie. Es genügte wiederholt, ihm zu sagen, er solle küssen, so tat er es! Zum Küssen wählte er sich wohlweislich schließlich nur solche aus, die es sich ruhig gefallen ließen, nachdem er wiederholt Ohrfeigen dafür erhalten hatte. Er ist sich weiter wohl bewußt, daß er Unrecht tut; als ihn ein Pfleger vom Küssen abhielt, sagte er einmal: „Das ist recht, daß Sie das tun.“ Nie ward beim Küssen eine geschlechtliche Erregung wahrgenommen, nie bestand Onanie. Verschweigen will ich aber nicht, daß der Ausspruch, den er einmal tat: „Ich habe keine Neigung mehr dazu“ (sc. zum Küssen), sowie der Umstand, daß er zuletzt mit Vorliebe einen 14jährigen Jungen abküßte, immerhin die Möglichkeit auch einer leichten homosexuellen Neigung nahe legen.

Der Kranke bietet aber außerdem noch manche interessante Einzelheiten dar. So z. B. das Auftauchen einzelner Zwangs-ideen, paradoxer Mimik usw., und es ist sehr leicht möglich, daß einige Male erstere dem Küssen zugrunde lagen, und nicht, wie sonst, Stimmen. Vielleicht geschah solches auch das eine oder andere Mal rein impulsiv, d. h. ohne deutliche Zwangsvorstellung. Originell ist auch der Vergiftungsversuch durch Verschlucken von Ölfarbe zum Anstreichen von Fenstern. Dieser Fall kann wohl als wahre Kußmanie bezeichnet werden und dürfte in dieser langen Dauer und Intensität in der Literatur einzig dastehen. Wenigstens habe ich nichts Ähnliches gefunden, auch nicht bei Nachfrage bei einigen deutschen und fremden, sehr erfahrenen Irrenärzten. So kannten *Toulouse*, *Magnan*, *Sérieux*, *Marie*, *Marandon de Montyel* aus ihrer Praxis nichts Ähnliches.¹⁾ *Féré* schrieb mir (Paris, am 21. November 1904) diesbezüglich folgendes: „Quant à la manie du baiser, je ne l'ai jamais vue que chez un imbécile, qui baisait les parties nues du premier venu et en toutes circonstances. Il a perdu vers dix huit ans sa manie à propos d'un anthrax . . .“ Man sieht also schon hieraus die abnorme Seltenheit solcher Fälle!

¹⁾ Mündliche Angaben im Oktober 1904.

Fall 5. Sch.,¹⁾ Schneidemüller, 1860 geb., verheiratet, soll im 5. Jahre nach Schreck Krämpfe gehabt, aber sich nach jeder Hinsicht gut entwickelt haben. Lernet gut, freundlich, heiter, solid, nicht erblich belastet. Stets grüblerisch, befaßte er sich mit vielen Dingen, die seiner Umgebung und seiner Frau unverständlich waren. Deshalb zog er sich mehr zurück. Januar 1894 ward er ohne bekannte Ursache melancholisch, am 16. Januar tobsüchtig, beruhigte sich zwar, kam aber wegen Erneuerung der Erregung am 22. Mai 1894 in die Anstalt zu A. Hier das Bild der halluzinatorischen Verrücktheit. Traunartig benommen, motorisch unruhig usw. Exazerbationen und Remissionen, meist aber verwirrt und mit eigentümlichen Wahnvorstellungen, verkannte Umgebung infolge massenhafter Sinnestäuschungen. Halluzinatorische Verrücktheit. Seit Februar 1895 entmündigt, später ward die Entmündigung aufgehoben, nachdem er als „gebessert“ am 1. Juni 1897 entlassen worden war. Nach übermäßigem Alkoholgenuß erfolgte neue Tobsucht und am 18. April 1901 zweite Aufnahme in A. Hier wieder das typische Bild der halluzinatorischen Verrücktheit. Der Zustand diesmal anhaltender verworren, seltener kleine Remissionen. Lebhaftes Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen dabei, Personenverkennerung usw. Aus dem Atteste des Kreisarztes zu M. (15. April 1901) sei noch hervorgehoben, daß Patient kräftig sei. Schädel vorn niedrig, Hinterkopf relativ stark. Neigung zur Trunksucht und Frömmerei, leicht erregbar, zornig. Am 1. Juli 1901 heißt es in der Krankengeschichte zu A., die Halluzinationen bei Sch. hätten allmählich nachgelassen: mehr leicht verwirrt, küßt den Erdboden. Arbeitete dann. Am 5. August wieder bemerkt, daß Patient an der Erde kniete, alles küßte, verwirrt sprach. Im Explorationstermin am 14. Oktober 1901 gedrückter Stimmung, antwortete schwachsinnig, erzählte von seinen Stimmen, die ihm alles zu tun befahlen. Entmündigt September 1903. Zeitweis erregt, dann wieder mehr ruhig und arbeitsam. Seit er versetzt ist, sehr liebenswürdig, küßt andere Kranke, kniet am Bette nieder, betet viel, will den Arzt ins Bett ziehen; träumerisch aussehend. Halluziniert stark, unterhält sich mit seiner Frau, dem lieben Gott usw. In den Ruhezeiten fleißig, doch immer seltener. — 1. November 1904. Kniet nieder, rutscht auf den Knien umher, versucht andere Kranke zu küssen. — 5. Dezember. Zunehmende Unruhe, küßt andere Patienten, rutscht auf dem Boden. — 5. Januar 1905. Wird unruhig, kniet nieder, betet, singt, sucht die andern Kranken zu küssen. — 6. Januar. Zu Bett. Tag und Nacht unruhig, verläßt das Bett, kniet nieder, küßt den Fußboden. — 10. Januar. Betet und küßt viel. — 17. Februar. Fängt wieder an zu beten und jeden, der vorbeikommt, zu küssen. — 2. März. Hat sich beruhigt, küßt nicht mehr. — 23. März. Fängt wieder an zu küssen. — 30. April. Seit einigen Tagen wieder unruhig. Bett. Geht oft aus dem Bett, kniet nieder, betet, küßt aber nicht mehr so viel wie früher. — 20. Juni. Ruhig geblieben. Hilft mit auf der Station.

¹⁾ Diese Krankengeschichte verdanke ich der Güte der Direktion der Provinzialheilanstalt Allenberg.

Herr Dr. von Seidlitz, der besagten Kranken in der letzten Zeit speziell behandelt hat, gibt mir über ihn brieflich unter dem 22. Juni 1905 noch folgende interessante Auskünfte. „. . . Die Kußsucht, wenn ich es so nennen darf, tritt deutlich periodisch auf; der Kranke geht oder rutscht auf den Knien an den ersten besten Kranken heran und sucht ihn zu küssen; auch dem Arzte versuchte er bisweilen die Hände zu küssen. Dabei besteht eine triebartige Unruhe, die den Kranken aus dem Bette treibt, und welcher der Wunsch zugrunde liegt, sich andern auf die beschriebene Weise zu nähern. Die Motive sind offenbar nicht sexueller Natur, jedenfalls besteht keine deutliche geschlechtliche Erregung beim Küssen: dieses erfolgt vielmehr in der demütigen Weise, wie etwa ein Gläubiger ein Heiligenbild, ein Diener seinen Herrn küßt. Diese Unruhe und Kußsucht hält in verschiedener Intensität Tage bis Wochen an. Der Beginn der Attacke kündigt sich durch Kußversuche an. Während der Attacke gibt Patient keine Auskunft über seine Motive. In den freien Intervallen, die Wochen bis Monate dauern, und in denen er fleißig und ruhig Stationsarbeit verrichtet, sagt er auf Befragen, was ihn zum Küssen treibe: Es sei ja zwar nicht recht und hätte keinen Zweck. Männer zu küssen, aber draußen küsse man doch Frau und Kinder; da er diese nicht hier habe, so küsse er andere . . .“

Der Kranke war offenbar schon von Kind auf abnorm, aber angeblich erblich nicht belastet. Später zeigt er das Bild halluzinatorischer Verrücktheit. Mitte des Jahres 1901, nach vieljährigem Bestehen des Leidens, fängt er an, zuerst den Erdboden zu küssen, dann aber bald auch Kranke, und zwar geschieht dies periodenweise, oft mehrere Wochen hintereinander. Nach den Ausführungen des zuletzt behandelnden Arztes macht es allerdings ganz den Eindruck, als ob Patient dies aus Demut, aus Kleinheitswahn tut. Dafür spricht die knieende Stellung beim Küssen, auch daß nur oder hauptsächlich die Hände geküßt werden. Die Sexualität scheint hier nicht mitzuspielen: doch ist es immerhin auffallend, daß Patient einmal selbst sagt, es sei zwar Unrecht, Männer zu küssen, aber draußen küsse man doch Frau und Kinder: da er diese nicht hier habe, so küsse er eben Männer. Verdächtig ist auch die Notiz, daß er einmal den Arzt ins Bett zu ziehen suchte. Dieser Fall ist der mir einzig bekannte, wo die Küsserei deutlich in Perioden erfolgte! Das Motiv ist hier jedenfalls eine mehr oder minder klarbewußte Wahnidee, wenn der Kranke sie auch nicht ausgesprochen hat. Vielleicht spielen auch Sinnestäuschungen eine Rolle hierbei, vielleicht auch die gleichzeitige Hypomanie; läßt sich ja doch

wohl vorstellen, daß verschiedene Wahnvorstellungen und Sinnes-täuschungen das Küssen veranlassen können, sowie auch daß die Vielgeschäftigkeit eines manisch Erregten sich einmal auf den Kuß wirft, als manische Entäußerung ohne sonstiges Motiv. Man sollte meinen, daß echte Zwangsideen das Küssen noch eher zuwege bringen können als Wahnideen, doch kenne ich bis jetzt keinen solchen Fall. Kürzlich habe ich zwei Fälle erlebt, wo Versündigungsideen zugrunde lagen. Ein periodischer Maniacus hatte eben eine minimale Depressionsphase und darin kniete er an einem Tage wiederholt nieder, wollte küssen und um Verzeihung bitten. Ein anderer Kranker, ein Paralytiker, war einmal freudig erregt und glaubte in seinem Pfleger einen alten, lieben Schulkameraden zu sehen, dem er überall folgte. Am nächsten oder übernächsten Tage kniete er wiederholt vor ihm ängstlich nieder, wollte ihn küssen und ihn um Verzeihung bitten. In beiden Fällen traten also ganz ephemere Versündigungs-ideen auf und lagen dem Küssen oder dem Versuche dazu als Motiv zugrunde.

Fall 6. Th., Anna Emilie, geb. 1872, hier seit 10. November 1891. In der Familie der Mutter sind mehrfache Psychosen dagewesen. Als Kind Rhachitis, erst mit drei Jahren gelaufen. Von Jugend auf blödsinnig. Fing mit sechs Jahren an zu sprechen, lernte einige Buchstaben nachmalen, nie lesen oder rechnen. Unterschied nicht alle Gegenstände. Strabismus. 1883 in die Erziehungsanstalt zu Hubertusburg. 1889 nach Nossen und seit 1891 wieder hier. — 1892. Ruhig, freundlich, sehr fleißig. Neckt viel, deshalb wiederholt versetzt. Sehr lebhaft; führt immer dieselben Reden. Ziemlich blöde und stumpf, kindisch, oft ironisch. Seit 1896 im Waschhause, dreht hier die Wäscherolle, redet die Leute mit „Du“ an und spricht meist in Infinitiven. Sehr läppisch. — 1902. Status idem. Lacht viel, schwatzt sinnloses Zeug; bisweilen erregt und laut und zu einer eigentlichen Arbeit nicht recht zu gebrauchen. — 1904. Ständige Redensart, wenn der Arzt oder sonst jemand kommt: „Gib mir einen Schmatz“, küßt auch den Betreffenden auf die Hand oder den Körper. Wahrscheinlich ist dies aber schon ein bis zwei Jahre früher eingetreten. Nie ward dabei irgend eine erotische Erregung wahrgenommen, nie onanierte sie. Sie küßte unterschiedslos die Weiber (Mitkranke oder Pflegerinnen) oder versuchte die vorbeigehenden männlichen Kranken, die in der Waschanstalt zu tun hatten, zu umarmen und zu küssen, ihnen nachlaufend, weshalb sie bei den Männern die „Schmatz-Guste“,¹⁾ bei

¹⁾ Einmal geriet deshalb ein Kranker in furchtbare (nicht sexuelle) Erregung.

den Frauen „Schmatz-Anna“ hieß. Bei den Männern geschah das Küssenwollen zuerst im Februar 1905. Sonst ist Patientin freundlich, nur zum Wasserholen noch zu gebrauchen. Vor dem Küssen hat sie gebissen. Eine beliebte Redensart von ihr ist: „Ich bin Dir gut, ich kann Dich leiden.“

Wir haben hier also eine Blödsinnige vor uns, die seit einigen Jahren, anscheinend als Ausfluß von Freundschaftsgefühlen, ihre Umgebung, namentlich die Respektpersonen, küßt. Daß sie hingegen mit Vorliebe später den Männern nachlief und sie zu umarmen suchte, scheint aber doch darüber hinaus zu gehen und hier wenigstens einen, wenn auch unbewußten, sexuellen Charakter zu tragen, obgleich man auch dann nie erotische Aufregung bei ihr konstatieren konnte. Ihre Küsserei zeigte auch Schwankungen. Reiner Automatismus, also ohne jegliches Freundschafts- oder anderweites Gefühl, scheint mir dagegen hier nicht vorzuliegen. Letzteres ist aber sehr wahrscheinlich in dem oben erwähnten Falle von *Féré* geschehen, da hier unterschiedslos jeder Ankömmling, und zwar „en toutes circonstances“ geküßt wird. Daß Patient auch überhaupt alle entblößten Körperteile küßte, spricht noch mehr dafür.

Fall 7. Am 18. Februar 1905 stürzte sich förmlich abends bei der Visite ein stark halluzinierender *demens praecox* auf mich (er lag zu Bett), nahm heftig meine rechte Hand und saugte sich an den Ringen des vierten Fingers fest, ja so fest, daß nur Gewalt ihn davon abbringen konnte. Auf die Frage, weshalb er das täte, sagte er: „Die Ringe gefallen mir gut.“

Nur das eine Mal hat Patient dies Manöver gemacht. Der Fall bildet jedenfalls einen Übergang zu jenen, wo ein psychologisches Motiv nicht zu finden ist, oder wo das vom Kranken angegebene, wie z. B. in dem obigen Falle, sehr ungenügend und kaum der Wahrheit entsprechend erscheint. So berichtete ich einmal¹⁾ von einer periodisch erregten Frau, die, wenn sie im Sturme war, sich Arm und Hand küßte und dabei ganz verliebt aussah. Diesen Fall rechnete ich zu den so überaus seltenen echten Fällen von Narzißmus. Es ist überhaupt der einzige Fall, der mir bisher aus einer Irrenanstalt bekannt wurde. Sexuell bedingt ist die Sache wahrscheinlich.

¹⁾ *Nücke*: Die sexuellen Perversitäten in der Irrenanstalt. Wiener klin. Rundschau 1899, Nr. 27—30 und Psychiatrische en Neurologische Bladen 1899, p. 122 ss.

„Merkwürdige Freundschaftsbündnisse (sagte ich dort) findet man nicht so selten unter den Geisteskranken; sie haben öfters einen verdächtig sexuellen Anstrich. Entweder sind es Idioten, von denen der eine agiler ist als der andere, oder der eine Teil ist ein Paranoiker, der andere eine passive Natur, meist ein Idiot. Sie gehen zusammen, sitzen eng aneinander, umschlingen sich, lieblosen sich wohl auch usw. In letzterem Falle achte man besonders auf sie! Solche Bündnisse gibt es auch bei Frauen, vielleicht aber seltener. Sie sind jedoch oft genug auch ganz harmloser Art. Der eine Kranke unterstützt dann in allem den andern hilfloseren. Immerhin sind beide Arten von Freundschaftsbündnissen, die verdächtigen und die harmlosen, in der Irrenanstalt im ganzen doch nur seltene Erscheinungen. da der Geisteskranke im allgemeinen mehr für sich bleibt und selten ein wirklich reges, freundschaftliches Interesse für einen bestimmten Mitkranken hat, ein Interesse, das allerdings leicht sexuell gefärbt werden kann.“

Der reine Freundschaftskuß ist also auch bei Irren möglich. aber gewiß nur selten und dann wohl ausschließlich bei Frauen. und wiederum vorwiegend bei Idiotinnen oder ganz Verblödeten. Fall 6 gehört sicher, zum Teil wenigstens, hierher. Häufiger dagegen sieht man Kranke ihre Pflegerinnen küssen, die sie lieben, als Freundschafts- bzw. Anhänglichkeitsbeweis, der vielleicht auch hie und da sexuell angehaucht ist. Bei Männern fällt all dies in der Regel weg. und der Freundschaftskuß kommt wohl nur bei Idioten den Pflegern gegenüber vor. Endlich brauche ich wohl kaum noch zu erwähnen, daß den Angehörigen gegenüber die Liebesbezeugungen der Geisteskranken völlig normal motivierte sein können.

Nachtrag bei der Korrektur (Januar 1906).

Über Genese usw. des Kusses siehe auch den betreffenden interessanten Abschnitt bei *H. Ellis*: Die Gattenwahl beim Menschen usw., deutsch von *Kurella*, Würzburg 1906, S. 261. Die stark erotische Wirkung des Zungenkusses ersieht man sehr gut aus dem Buche *Baudouins: le maraichinage*, Paris 1905, ref. in den Archives d'anthropol. crim. usw. 1905, S. 853. Der Referent nennt den Zungenkuß (Kataglottismus) daher sehr charakteristisch ein „accouplement bucco-lingual“. Über den bei den Homosexuellen beliebten Zungenkuß siehe *Näcke*: Der Zungenkuß bei Homosexuellen. Archiv für Kriminalanthropol. usw. XVII, 147.

Bezüglich des Narzißmus (S. 125) sah ich unterdes einen zweiten Fall. Ein junger Mann (dem. praec. paranoides), den 29. Juni 1905 in Hubertusburg aufgenommen, spiegelte sich den 19. August in einer Fensterscheibe ab und küßte sein eigenes Spiegelbild. Am 11. Oktober bemerkt die Krankengeschichte: „Bespiegelt sich in den Fensterscheiben und lacht sein Bild an.“ Wahrscheinlich liegt hier ein sexueller Hintergrund vor. Man könnte solche Fälle vielleicht auch Auto-Erotismus nennen, welche Bezeichnung *H. Ellis* aber für Onanie gebraucht, was weniger zweckdienlich erscheint.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

7. Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen am 20. Oktober 1905 im St. Jürgen-Asyl, Ellen bei Bremen.

Anwesend waren die Herren: *Adler-Schleswig, Alber-Woltorf, Bolte-Ellen-Bremen, Brümmer-Wehnen (Oldbg.), Bücking-Bremen, Cimb-al-Altona, Drüseke-Hamburg, Dabelstein-Neustadt (Holst.), Delbrück-Ellen, Engelken-Rockwinkel bei Bremen, Enge-Lübeck, Feldmann-Bremen, v. Grabe-Hamburg, Hinrichs-Schleswig, Hennings-Reinbeck, Halbey-Bendorf a. Rh., Heine-Hannover, Jühlke-Altstrelitz, Jaspersen-Preetz, Diedr. Kulenkampf-Bremen, Cramer-Göttingen, Lisau-Bremen, Linau-Hamburg, Müller-Ellen-Bremen, Nonne-Hamburg, Peltzer-Bremen, Riedel-Lübeck, Reye-Friedrichsberg bei Hamburg, v. Raven-Neustadt (Holst.), Schlick-Bremen, Serger-Altstrelitz, Siemerling-Kiel, Schlaeger-Oldenburg, Stemmermann-Ellen-Bremen, Stoeresand-Bremen, Strube-Bremen, Snell-Lüneburg, Warendorf-Ilten, Wassermeyer-Kiel, Wendenburg-Göttingen, Wicht-Ellen-Bremen, Westhoff-Bremen, Wulff-Oldenburg.*

Direktor *Delbrück-Bremen* eröffnet die Sitzung mit einer Begrüßung der Anwesenden. Zum Vorsitzenden wird *Delbrück-Bremen*, zum Schriftführer *Wicht-Bremen* gewählt. Die nächstjährige Versammlung soll in Sachsenberg bei Schwerin stattfinden.

I. Nonne-Hamburg: 1. Demonstration zur Lehre von den familiären parasyphilitischen Erkrankungen.

Herr *Nonne* bringt zur Kasuistik der familiären parasyphilitischen Erkrankungen einen neuen Fall: Ein Mann, welcher an frischer Syphilis leidet, infiziert seine Braut mit Lippenschanker. Nach zwei Jahren wird ein bei der Geburt normales Kind geboren, welches im vierten Jahre dement wird, und bei dem einige Jahre später Dementia paralytica diagnostiziert wird. Das Kind stirbt mit 16 Jahren und der anatomische Befund ergibt: Dementia paralytica, *Heubners* Endarteritis der Basilararterien. Der Vater ist sechs Jahre vorher an galoppierender Paralyse gestorben, und die Mutter, welche vor vier Jahren Hinterstrangerscheinungen (Pupillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe und lancinierende Schmerzen), und im letzten Jahre

ihres Lebens *Brown-Sequard*-Symptome geboten hatte, starb an den Folgen des Rückenmarksleidens (Cystopyelitis). Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergibt irreguläre Sklerose in der ganzen Ausdehnung des Rückenmarks, vorwiegend die Hinterstränge und den rechten Seitenstrang betreffend.

2. Demonstration eines Skeletts von Osteoarthritis ankylopoetica.

Votr. bespricht die Geschichte, Klinik und Pathologie der chronischen Wirbelsäulenversteifung, er betont die Häufigkeit des Rückentraumas in der Ätiologie und demonstriert zwei Wirbelsäulen, welche die Osteoarthritis ankylopoetica zeigen, sowie ein ganzes Skelett vom sogenannten Typus *Strümpell-Marie*. N. bespricht und demonstriert den Unterschied zwischen der Osteoarthritis ankylopoetica, welche primär die kleinen Wirbelgelenke betrifft und sekundär zur Verschalung resp. Spangenbildung an der Wirbelsäule führt (*E. Fraenkel*), und die Spondylitis deformans andererseits, ferner demonstriert er eine größere Anzahl von Röntgogrammen der Osteoarthritis ankylopoetica und zeigt zum Unterschied Röntgogramme von Spondylitis deformans und Callusbildung nach Wirbelfrakturen.

Diskussion: Herr *Siemerling-Kiel* fragt, ob Beobachtungen vorliegen darüber, in welchem Zeitraum nach dem Trauma nachweisbare Veränderungen an der Wirbelsäule (durch Röntgenbild) sichtbar zu machen sind.

Herr *Nonne-Hamburg* erwidert, daß dies nach $\frac{3}{4}$ bis 1 Jahr nach dem Trauma möglich sei.

Herr *Delbrück-Bremen* berichtet über einen Patienten seiner Beobachtung, der an völliger Unbeweglichkeit der Wirbelsäule leidet. In diesem Falle ist von einem Trauma nichts bekannt. Es handelt sich um einen Eisenbahnbeamten, der seit Jahren angeblich an Rheumatismus leidet, aber immer für einen Simulanten gehalten wurde. Diese seine Klagen und ein schwerer chronischer Alkoholismus führten schließlich zu seiner Pensionierung. Wegen des letzteren Leidens ist er jetzt in der Anstalt. Außer an der Wirbelsäule bietet er keine Störungen von seiten des Skeletts dar. Ein Röntgenbild ist von ihm nicht aufgenommen worden.

Herr N. erklärt den ihm vorgestellten Fall für einen Fall von chronischem Gelenkrheumatismus der Wirbelsäule und nicht für eine ankylosierende Osteoarthritis.

II. Herr *Siemerling-Kiel*: Simulation und Geisteskrankheit bei Untersuchungsgefangenen.

Meine Herren! Für die Wertung und Beurteilung der Simulation ist ein wichtiger Fortschritt gemacht in der Anerkennung der Erfahrungstatsache, daß sich Simulation und Geisteskrankheit nicht ausschließen. Ganz unrichtig ist es aber, daraus, wie manche Autoren geneigt sind, den Schluß zu ziehen, daß sogenannte reine Simulation überhaupt nicht vorkommt.

Die Angaben über Häufigkeit sind sehr verschieden. Es ist sicher, daß wir dort, wo die Psychiatrie mit der Strafrechtspflege in konzentrierter Weise zusammenwirkt, nicht so selten der Simulation begegnen. Unter dem Material der Irrenanstalten ist sie selten. Die zahlenmäßigen Angaben differieren sehr. *Fritsch* fand unter 200 begutachteten Fällen 10 Simulanten, *Fürstner* unter 25 Fällen 12, *Binswanger* unter 73 Untersuchungsgefangenen 21 Simulanten. *Knecht* keinen, *Günther* unter seinem Material einen. *Penta* (Neapel) berichtet über viele Fälle von Simulation in den Gefängnissen. Nach ihm sind zwei Drittel Verbrecher Camorristen, wodurch sie schon zu Betrug erzogen sind, verschiedene sind epileptisch. Es besteht an und für sich bei den Neapolitanern ein Hang zur Maskerade; in den Gefängnissen ist die Simulation Tradition, und die Neapolitaner sind zu Betrug neigende Charaktere. — Ich fand unter 64 begutachteten Fällen des Kieler Materials zwei Simulanten in dem Sinne, daß sich außer dem vorgetäuschten Zustand nichts von geistiger Störung entdecken ließ, auch kein Schwachsinn in erheblichem Umfange.

Zu diesen beiden Fällen gesellen sich noch eine Reihe von anderen Beobachtungen, bei denen während der Untersuchungshaft eigenartige Zustände von Stupor sich entwickelten, welche in kürzester Zeit abliefen, ferner solche, welche sich das Bestehen von Hysterie oder hysterischen Symptomen und Epilepsie zu nutze machen wollten, um daraus einen Erinnerungsdefekt für die Zeit der Tat zu konstruieren. Über diese Beobachtungen und die dabei gesammelten Erfahrungen möchte ich Ihnen in Kürze berichten.

Es ist bekannt, daß es dem Simulanten in der Regel nicht gelingt, die Zeichen einer Form von Geisteskrankheit in ihrer Gesamtheit treu und konsequent nachzuahmen, daß man vielmehr gewöhnlich einen Mangel an Übereinstimmung findet zwischen den Äußerungen, dem Inhalt derselben und dem Gebahren und Habitus des zu Untersuchenden. Der Simulant übertreibt. Diese inneren Widersprüche im Krankheitsbilde und die maßlose Übertreibung können den Verdacht auf Simulation erwecken. Aber man sei mit der Annahme einer Simulation vorsichtig bei solchen Krankheitsbildern, die wie z. B. die Katatonie, die hysterischen Psychosen, Erregungszustände bei Imbezillität in dem starken Wechsel zwischen Klarheit und Verwirrtheit, den unsinnigen Wahnideen, der Zerfahrenheit bei guter Orientierung, in den bizarren, sonderbaren Bewegungen und Stellungen oft etwas Gemachtes, Er künsteltes an sich haben. Das gilt auch für die hypochondrischen Zustände, die als selbständiges Krankheitsbild oder als Symptom bei anderweitigen Psychosen sich finden. Hier wird der Arzt ganz besonders oft durch den Widerspruch im Krankheitsbilde überrascht, z. B. wenn derselbe Kranke, welcher bei der Anwesenheit des Arztes nicht gehen will, nachher allein ohne jede Störung herumwandelt. Es ist entschieden verkehrt, daraus den Schluß auf Simulation ziehen zu wollen, wie ich es einmal in einem eklatanten Fall erlebt habe. Hier war das hypochondrische Stadium, wie es oft zu sein pflegt, Beginn einer chronischen Verrücktheit. Der Vorgutachter hatte auf

Grund des widersprechenden Verhaltens des Kranken (er lief flott umher, wenn der Arzt nicht da war, konnte nicht gehen, sobald dieser erschien), Simulation angenommen.

Ungemein große Schwierigkeiten können der Beurteilung, wie dieses auch in der Anleitung zur Feststellung regelwidriger Geisteszustände bei Heerespflichtigen und Heeresangehörigen betont ist, die von *Ganser* beschriebenen Dämmerzustände auf hysterischer Basis bereiten. Die Schwierigkeit wird dadurch noch erhöht, daß diese Zustände nach übereinstimmender Bekundung der Autoren fast ausschließlich bei Strafgefangenen zur Beobachtung kommen. Das Symptomenbild in seiner ganzen Entstehungs- und Verlaufsweise mit den falschen Antworten auf Fragen (Vorbeireden), dem Übertreiben sieht entschieden gemacht aus.

Wenn wir diesem Dämmerzustand auch oft auf hysterischer Basis begegnen, so ist er doch nicht ausschließlich als ein hysterischer aufzufassen. Ich habe ihn zweimal in sehr eklatanter Weise (erst Stupor, dann falsche Antworten, Sinnestäuschungen, Erinnerungslosigkeit) zustande kommen sehen bei Untersuchungsgefangenen ohne die geringsten hysterischen Antezedentien oder Anzeichen kurz vor der Hauptverhandlung, in dem einen Falle bei einem des Mordes (Sittlichkeitsdelikt an zwei Mädchen von 7 und 9 Jahren und Tötung der Opfer), in dem andern des Raubes und Totschlages angeklagten jungen Menschen.

Die sofortige Überführung aus dem Gefängnis in die Beobachtung der Klinik, unterstützt durch die Anwendung der Elektrizität, ließ den ganzen Symptomenkomplex in kürzester Zeit verschwinden. Der eine Angeschuldigte gestand, daß er manche Redensarten über Sinnestäuschungen von einer geisteskranken Frau des Heimatdorfes sich angeeignet habe.

Es erscheint mir nicht angezeigt, derartige Zustände bei dem Fehlen aller und jeder hysterischer Antezedentien als hysterische Dämmerzustände zu benennen. Bei dem einen Fall, der ein Geständnis ablegte von der Vortäuschung, werden wir ohne Bedenken Simulation annehmen können.

In der Verhandlung war er vollkommen klar und geordnet, entsann sich der einzelnen Vorkommnisse bei der Straftat genau und legte ein unumwundenes Geständnis ab. Er wurde zum Tode verurteilt, zu lebenslänglichem Zuchthaus begnadigt. Nach den mir zur Verfügung gestellten Mitteilungen ist er im Zuchthaus ein brauchbarer Arbeiter. Zeitweilig zeigt er sich etwas gereizt, mißmutig, verstimmt.

Den andern Fall möchte ich als akuten Stupor benennen, dessen Zustandekommen wir uns durch den Einfluß der Untersuchungshaft, durch die infolge der zu erwartenden schweren Strafe gesetzte Erregung denken können. So habe ich auch in der Hauptverhandlung den Fall dargestellt. Es ist selbstverständlich, daß dieser akute abgelaufene Stupor für die Zeit der Tat nicht weiter in Betracht zu ziehen ist. Der Täter wurde zum Tode verurteilt, hingerichtet. Am Hirn fand sich in der weichen Hirnhaut im Stirnlappen rechts ein ganz kleines Knochenplättchen, sonst keine Besonderheiten.

Welche Formen von Geistesstörungen sucht der Simulant nachzuahmen?

Fürstner hat versucht, eine Symptomatologie der simulierten Störungen zu geben und unterscheidet Blödsinnszustände, Bewußtseinstrübungen mit Sinnestäuschungen, sehr variable, unregelmäßig miteinander abwechselnde Symptomenkomplexe, endlich Erregungszustände mit verworrenen, unsinnigen Äußerungen und Neigungen zur Gewalttätigkeit.

Die Formen, welchen wir am häufigsten begegnet sind, sind Blödsinnszustände, leichte Depressionen und paranoische Zustände. Einige Male versuchten Untersuchungsgefangene einen Erinnerungsdefekt vorzutäuschen. Die Untersuchung in solchem Falle muß ganz besonders genau auf die Erforschung des Vorlebens gerichtet sein, ob sich hier irgend Anhaltspunkte für Amnesie (Epilepsie, Hysterie, Trauma, Vergiftung usw.) ergeben. Bei einem Soldaten, welcher unter Anklage des Diebstahls stand, wandelte sich die angebliche Gedächtnisschwäche bei jedem Verhör. Die Beurteilung wurde dadurch erschwert, daß sicher epileptische Anfälle bestanden. Er machte sich außerdem die Darstellung des einen Sachverständigen zu nutze, welcher geneigt war, einen Erinnerungsdefekt anzunehmen. Nachher gestand der Soldat ein, daß er bei seinen Aussagen das, was er von dem Arzt gehört habe, benutzte, und er ließ immer mehr von der Amnesie fallen.

In welcher Weise sonst Erinnerungsdefekte zustande kommen, mögen zwei Fälle illustrieren.

In einem handelt es sich um einen 29jährigen Bäcker, der früher vor Jahren an Anfällen, deren eigentliche Natur, ob hysterisch oder epileptisch, nicht klargestellt war, gelitten hat. Er war früher wegen einer Reihe von Diebstählen freigesprochen, da das Gutachten einen epileptischen Dämmerzustand und hochgradige Gedächtnislücken angenommen hatte.

Bei erneuter Beobachtung im Jahre 1904 war die frühere angebliche Gedächtnislücke für einen Zeitraum von einem halben Jahre vollkommen geschwunden. Er wußte ganz genau von den Erlebnissen dieser Zeit und den Straftaten. Als Erklärung für den früheren Erinnerungsdefekt gab er an, er sei so viel gefragt worden, daß er es für das beste hielt, nichts mehr zu wissen.

Bei einer Frau war vor acht Jahren, als sie unter Anklage des Diebstahls stand, ein Erinnerungsdefekt infolge geistiger Schwäche angenommen. Im Jahre 1905 kam sie zur Feststellung ihrer Erwerbsfähigkeit auf Veranlassung des Reichsversicherungsamtes in die Klinik. Es war erstaunlich, wie genau sie alle Vorgänge des Diebstahls wußte. Als Erklärung für den damaligen Erinnerungsdefekt gab sie an, sie habe so viel Angst vor dem Vater gehabt und habe deshalb getan, als ob sie nichts wußte.

Überrascht wurde ich einmal durch die Keckheit zweier Soldaten, welche schon länger im Lazarett lagen, hier einen Einbruch in die Speisekammer verübten und am nächsten Tage zu derselben Stunde ein Delirium

tremens vorzuführen versuchten. Die Feststellung der Simulation ist in solchen Fällen beim Fehlen jedes nachweisbaren ätiologischen Momentes nicht schwierig.

Erheblich schwieriger gestaltet sich die Beurteilung der Simulation, wenn wir einen mäßigen Grad von Schwachsinn nicht ausschließen können, der aber nicht so erheblich ist, daß er unter den § 51 fallend anzusehen ist. Interessant war in dieser Beziehung der Fall eines Gewohnheitsverbrechers, der schon wiederholt, im ganzen 17mal, vorbestraft war wegen Diebstahls. Beleidigung. Körperverletzung.

Während früher niemals die geringsten Anzeichen geistiger Störung bei dem 42jährigen Manne beobachtet wurden, erkrankte er beim 18. mal in der Untersuchungshaft: er wurde still, leicht deprimiert, sprach von angeblichen Sinnestäuschungen.

In der Verhandlung wurde er auf Grund eines ärztlichen Gutachtens freigesprochen. In der Klinik war er anfangs ängstlich, fuhr schreckhaft zusammen, wollte hier die Berührung einer Hand zuweilen spüren. Nach kaum 14 Tagen verloren sich schnell auch diese Erscheinungen, und er drängte auf seine Entlassung. Die fortgesetzte Beobachtung ergab keine Anhaltspunkte für das Bestehen einer geistigen Störung, auch nicht für die Annahme einer sog. Gefängnispsychose. Er wurde als nicht geisteskrank entlassen, verheiratete sich später wieder. Eine nochmalige Untersuchung, ein Jahr später, als er wegen eines Selbstmordversuchs zur Beobachtung kam, ergab auch jetzt keine Zeichen von Geisteskrankheit.

Noch komplizierter gestaltete sich die Beurteilung in einem Falle bei einem 37jährigen Höker, welcher wegen unzüchtiger Handlungen, Körperverletzung, Hausfriedensbruch vorbestraft war. Er kam wegen eines Sittenverbrechens in Untersuchung und wegen seines sonderbaren Benehmens aus dem Gefängnis in Beobachtung. Er gab verkehrte Antworten, wollte seinen Namen nicht wissen. Er imitierte in auffallender Weise andere Kranke, sprang aus dem Bett, schlug um sich, kroch am Schrank empor. Hysterische, epileptische Anfälle waren und wurden niemals beobachtet. Sein abweisendes Verhalten erlaubte keine genaue Prüfung seines Intelligenzzustandes. Ätiologisch ergab sich nichts, was den Ausbruch einer Psychose hätte verständlich machen können. Ein angeblich im zweiten Lebensjahr erlittener Fall vom Tisch — die Eltern wollen es von einer Nachbarin gehört haben — konnte keine Bedeutung beanspruchen. Das Gutachten wurde in dem Sinne erstattet, daß Zeichen einer Geisteskrankheit nicht nachweisbar wären. Der vielleicht vorhandene mäßige Schwachsinn hätte nicht den Grad, daß er unter § 51 fiel. Bei der Verhandlung stellte er sich anfangs aufgeregt, blödsinnig, beantwortete die einfachsten Fragen nicht richtig. Nach Entfernung der Ärzte, als er sich nicht mehr beobachtet glaubte, änderte er sein Benehmen völlig: er beantwortete alle Fragen sachgemäß, verteidigte sich, wußte von allen Vorgängen bei der Straftat. Zur Verbüßung seiner Strafe von einem Jahr zwei Monaten wurde er in das Gefängnis überführt. Hier fielen auf: zapplige

Bewegungen, taumelnder Gang, Silbenstolpern, Schielen. Alle Fragen beantwortete er meist mit „ich weiß nicht“ oder verkehrt.

Der Gefängnisarzt hielt sich für berechtigt, die Diagnose auf progressive Paralyse zu stellen. Er wurde in eine Irrenanstalt überführt. Die hier im Anfang beobachtete träge und zeitweilig fehlende (?) Pupillenreaktion, die schleppende Sprache und der breitbeinige Gang ließ zunächst auch an Paralyse denken. Bei fortgesetzter Beobachtung ließ man aber diese Diagnose fallen. In dem eingeleiteten Entmündigungsverfahren nahm der Sachverständige einen Zustand von Geistesschwäche mit Verwirrtheit und nervösen Störungen an, erklärte ihn für geisteskrank im Sinne des Gesetzes. Etwa ein Jahr nach der ausgesprochenen Entmündigung entwich er und wurde als gebessert entlassen.

Nachdem er eine Zeitlang bei seinen Angehörigen in Posen gearbeitet, kehrte er 1905 nach Kiel zurück, arbeitete hier auf der Germaniawerft.

Zeichen geistiger Störung wurden nach Aussage der Zeugen nicht an ihm beobachtet, auch nicht von einem Arzt gefunden, bei dem er sich wegen seines Magens in Behandlung befand.

Am 17. Juli wurde er wegen unsittlicher Handlungen festgenommen und der Klinik zugeführt. Hier stellte er sich anfangs den ihm fremden Ärzten gegenüber blödsinnig. Bei der Untersuchung durch den ihm bekannten Arzt läßt er den Blödsinn fallen und gibt sachgemäße Auskunft auf Fragen, auch über die ihm zur Last gelegte Tat. Für Paralyse fand sich nicht der geringste Anhaltspunkt: stets prompte Pupillenreaktion, niemals Sprachstörung, keine Veränderung der Reflexe, keine Lymphocytose.

Auf Zusprache schielte er vortrefflich, konnte auch ganz gut anstoßend sprechen (er ist polnischer Abkunft). Beachtenswert war eine ungemein große Wandlungsfähigkeit; sein klägliches Verhalten, sein schlechtes Gedächtnis machte sofort auf Zureden einem geordneten Verhalten Platz.

Es ließ sich auch diesmal wieder nachweisen, wie er sich Mühe gab, andere Kranke zu kopieren.

Die wenigsten Simulanten sind wohl imstande, ein Symptomenbild, welches sie sich theoretisch konstruiert haben, vorzutäuschen, meist kopieren sie Gesehenes.

In eine Umgebung von wirklichen Geisteskranken gebracht, werden sie unsicher, nehmen spontan oder auf direkte oder indirekte Suggestion — ein Mittel, welches bei der Beobachtung von Simulanten zu empfehlen ist und auch von anderer Seite (*Cramer*) mit Erfolg erprobt ist — Manieren, Bewegungen, Redensarten an, die zu dem von ihnen kopierten Krankheitsbilde nicht passen.

Auch etwaige Lücken in ätiologischer Beziehung, wie ich hervorgehoben habe, können für die Bearbeitung Fingerzeige geben.

Das bloße Geständnis der Simulation ist oft nicht ausreichend, um daraufhin allein die Diagnose Simulation zu stützen. Man erinnere sich, daß Geistesranke auch mit der Behauptung hervortreten, sie hätten „die

Krankheit gemacht“. Es ist nicht selten, daß Geisteskranke Simulation simulieren. (*Moeli*.)

Ein sehr nützlichcs Vorgehen bilden zuweilen, wenn Geduld allein nicht zum Ziele führt, hydiatische Prozeduren und Anwendung des elektrischen Stromes. In den beiden oben erwähnten Fällen hatte die Applikation des faradischen Stromes einen sehr prompten Erfolg: die Erscheinungen verschwanden völlig und kehrten nicht wieder.

Daß es nicht angängig ist, auf Grund eines einzelnen Symptoms die Diagnose Simulation zu stellen, sondern daß der ganze Fall in seiner Entstehung, Verlaufsweise und seinen Symptomen Berücksichtigung finden muß, brauche ich in dieser Versammlung nicht zu erörtern.

Diskussion: Herr A. Cramer-Göttingen hält es für wertvoll, daß *Siemerling*, was die Häufigkeit der Simulation betrifft, auf den Unterschied hingewiesen hat, der besteht zwischen den Fällen, die zur Anstaltsbeobachtung kommen, und den Fällen, die man in den Gefängnissen sieht. Damit ist die große Differenz in den Angaben über die Häufigkeit der Simulation zum großen Teil aufgeklärt; denn die zur Beobachtung auf Grund des § 81 St.P.O. kommenden Fälle stellen eine Auslese dar; bei ihnen ist Simulation selten. Er hat unter weit über 100 derartigen Fällen nur zweimal echte Simulation gesehen, während bei all den Fällen, die in Untersuchungshaft vorkommen, bei denen also keine Auslese vorgenommen ist, Simulation sicher ungleich häufiger ist.

Herr *Delbrück*-Bremen hat in den ersten zwölf Jahren seiner psychiatrischen Tätigkeit nur einen, in den letzten sieben Jahren in Bremen eine ganze Reihe von Simulanten gesehen; vielleicht hänge dies mit der bekanntlich sehr hohen Kriminalität Bremens zusammen. Auch er hat wiederholt den elektrischen Strom mit gutem Erfolge angewandt. Schließlich betont *D.*, daß die zirkumskripten Amnesien mitunter sehr schwer zu werten sind. Ein auch anderen der anwesenden Herren bekannter Epileptiker seiner Beobachtung, *P.*, zeigte vollständige Amnesien für größere, weit zurückliegende Zeiträume aus seinem Vorleben (z. B. einem längeren Aufenthalt in Württemberg, längerdauerndem Aufenthalt in verschiedenen Irrenanstalten usw.), für die kürzere Zeit (bis zu mehreren Monaten) nach den Erlebnissen offenbar keine Amnesie bestanden hatte. Auf der anderen Seite hatte er Erinnerungsfälschungen (z. B. über Aufenthalt in Irrenanstalten, in denen er tatsächlich nicht gewesen war, Erzählungen über verschiedene von ihm ausgeübte Berufe und ähnliches, was den Tatsachen nicht entsprach). Simulation hielt *D.* bei allen diesen eigentümlichen Störungen des Gedächtnisses nach Lage der Dinge für ausgeschlossen, ohne indessen die Erscheinungen in einer ihn befriedigenden Weise erklären zu können; er fragt an, ob von anderer Seite ähnliches beobachtet worden ist.

Herr *Cimbal*-Altona hat *P.* auch in dem Krankenhaus in Altona behandelt. Damals machte *P.* wörtlich die gleichen Angaben wie in Bremen, und zwar ganz ohne Not, da die Strafverfolgung schon ausgesetzt war.

Herr *Siemerling*-Kiel teilte näheres über den Fall P. mit. Die Natur der Anfälle — ob epileptisch, ob hysterisch — ist nicht ganz sichergestellt. Den angeblichen halbjährigen Erinnerungsdefekt räumte P. als „vorgemacht“ ein. Anwendung des elektrischen Stromes, von hydiatischen Kuren erscheint angesichts der überaus großen Anwendung, welche wir für therapeutische Zwecke davon machen, auch für den vorliegenden Zweck gerechtfertigt.

Herr *Reye*-Friedrichsberg: Den erwähnten P. habe ich wiederholt in Friedrichsberg behandelt und bin allmählich immer sicherer zu der Ansicht gelangt, daß es sich bei ihm um einen Simulanten handle.

Herr *Delbrück*-Bremen ist von der Diagnose „Simulation“ bei seinem Patienten P. noch nicht überzeugt, sieht aber in Anbetracht der vorgerückten Stunde von weiterer Diskussion ab.

III. Herr *Dräseke*-Hamburg: Zur vergleichenden Rückenmarks-anatomie.

Herr *Dräseke* spricht zur vergl. Anatomie des Rückenmarks. Nach kurzem Hinweis auf das Verhalten der Pyramidenbahnen bei den verschiedenen Säugetiergruppen geht Votr. an der Hand von Tafeln auf die Pyramidenbahnen der Insektivoren, besonders aber auf die des Maulwurfs ein. Dieselben ziehen an der Hirnbasis spinalwärts, ohne daß jedoch eine makroskopisch sichtbare Kreuzung stattfindet. Sodann rücken die Pyramidenbahnen zu beiden Seiten der Fiss. mediana ant. in diese Furche gleichsam hinein, so daß sie schließlich in der Mitte der Vorderstränge liegen und beide Bahnen zusammen ein im Frontalschnitt oval gestaltetes Feld bilden. Die Pyramidenbahnen sind bei den Insektivoren mit sehr zarten Markscheiden umgeben, so daß sie bei Weigert-Färbungen gegenüber den Fasern der Vorderstränge ganz schwach gefärbt erscheinen. Bei *Talpa* verlieren sie bald nach dem Eintritt ins Rückenmark ganz ihre Markscheiden, mithin sehen wir auf Frontalschnitten ein ovales Feld anscheinend grauer Substanz, das beim Übergang der Intumesc. cervicalis ins Dorsalmark allmählich verschwindet.

Sodann schildert Votr. die Pyramidenbahnen der Chiropteren, wobei er besonders auf die hohe, makroskopisch sichtbare Kreuzung derselben hinweist und hervorhebt, daß mikroskopisch bei den Chiropteren eine proximale und eine distale Decussatio pyramidum zu unterscheiden ist.

Aber auch das Rückenmark der Chiropteren bietet vergleichend anatomisch manches Interessante, indem nur bei dieser Säugetiergruppe die oberflächlichen Nervenkerne sich finden, die *Koelliker* zu Ehren seines Präparators *P. Hofmann* mit dessen Namen belegte. *Koelliker* wies diese Nervenkerne bei Vögeln und Reptilien nach und untersuchte weiter eine große Anzahl von Säugetiergruppen. Er ließ sich auf Grund seiner negativen Befunde hierbei zu dem Schluß verleiten, daß diese peripheren Nervenkerne wohl allen Säugetieren fehlen. Votr. legt besonders dar, wie *Koelliker* den Beweis erbracht hat, daß diese segmental angeordneten, oberflächlichen Nervenzellen nichts mit den *Conti-Hocheschen* Zellen zu tun haben.

Votr. wies diese *Hofmann-Koellikerschen* Nervenkerne bei den Chiropteren nach und stellte fest, daß dieselben ihrem Ursprunge nach sich unmittelbar vom Vorderhorn herleiten lassen, ein Befund, der bei den Vögeln nur embryonal nachzuweisen war. Über die Anatomie der Zellen selbst brachten natürlich die Weigert-Präparate keine neuen Aufschlüsse. Anatomie und Physiologie dieser interessanten, peripher gelagerten Kerngruppen bedürfen noch sehr der weiteren Erforschung. (Autoreferat.)

Die angekündigten Vorträge der Herren *Cimbal-Altona*: „Aufgaben und Einrichtungen der psychiatrischen Abteilungen an Krankenhäusern und der Stadtasyle“ und *Bolte-Ellen*: „Uneheliche Herkunft und Degeneration“ mußten aus Mangel an Zeit ausfallen.

Die Sitzung beschloß eine Besichtigung des neuen St. Jürgen-Asyls für Geistes- und Nervenranke in Ellen. *Wicht-Ellen*.

36. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 4. und 5. November 1905 in Karlsruhe.

Anwesend sind die Herren: v. *Babo-Karlsruhe*, *Barbo-Pforzheim*, *Bayerthal-Worms*, *Berliner-Gießen*, *Betke-Karlsruhe*, *Bischoff-Tübingen*, *Böckelmann-Kork*, *Boege-Winnenden*, *Böss-Illena*, *Brosius-Saarbrücken*, *Bumke-Freiburg*, *Camerer-Stuttgart*, *Ciolina-Pforzheim*, *Daiber-Weinsberg*, *Determann-St. Blasien*, *Freiburg*, *Dreyfus-Heidelberg*, v. *Ehrenwall-Ahrweiler*, *Eschle-Sinsheim*, *Mar Fischer-Wiesloch*, *Richard Fischer-Neckargemünd*, *Frank-Zürich*, *Friedmann-Mannheim*, *Fröhlich-Ettlingen*, *Fuchs-Emmendingen*, *Fürer-Haus Rockenau*, *Eberbach*, *Fürstner-Straßburg*, *Gerhink-Frankfurt*, *Gierlich-Wiesbaden*, *Gutmann-Karlsruhe*, *Haardt-Emmendingen*, *Haberkant-Stephansfeld*, *Habermaas-Stetten i. N.*, *Hahn-Münsterlingen*, *Heilighenthal-Baden-Baden*, *Hellpach-Karlsruhe*, *Hoche-Freiburg*, *Holtzmann-Pforzheim*, *Hügel-Klingenmünster*, *Kaiser-Karlsruhe*, *Karrer-Klingenmünster*, *Kern-Winnenthal*, *Klaus-Freiburg*, *Kleve-Emmendingen*, *Knoblauch-Frankfurt*, *Kohnstamm-Königstein i. F.*, *Kreuser-Winnenthal*, *Krimmel-Zwiefalten*, *Kürz-Heidelberg*, *Lehmann-Karlsruhe*, *H. Leri-Stuttgart*, *Leringer-Karlsruhe*, *Lilienstein-Bad Nauheim*, *Longard-Heidelberg*, *Mann-Mannheim*, *Merzbacher-Heidelberg*, *Münzer-Heidelberg*, *Neumann-Karlsruhe*, *Nitka-Mannheim*, *Nissl-Heidelberg*, *van Oordt-St. Blasien*, *Pfersdorff-Straßburg*, *Pfister-Freiburg*, *Ranke-Wiesloch*, *Ransohoff-Stephansfelden*, *Römer-Hirsau*, *Römheld-Heppenheim*, *Rosenfeld-Straßburg*, *Schneider-Goddellau (Hofheim)*, *Schröppel-Frankenthal*, *Schultes-Illena*, *Schulz-Klingenmünster*, *Sioli-Frankfurt*, *Sommer-Mannheim*, *Spielmeier-Freiburg*, *Studen-Hub*, *Starck-Karlsruhe*, *Stengel-Bruchsal*, *Stephan-Mannheim*, *Stühle-Mergentheim*, *Thoma-Illena*, *Thornen-Weinheim*, *Thomsen-Bonn*, Gen.-Arzt *Timann-Karlsruhe*, *Tross-Karlsruhe*, *Weber-Goddellau (Hofheim)*, *Weil-Stuttgart*, *Weinland-*

Weissenau, *Weygandt* - Würzburg, *Wildermuth* - Stuttgart, *Wiehl* - Schussenried, *Wilmanns* - Heidelberg, *Wollenberg* - Tübingen, *Zahn* - Stuttgart, *Zschocke* - Straßburg.

Ihr Fernbleiben haben entschuldigt und die Versammlung begrüßt: Sanitätsrat *Fausser* - Stuttgart, Geheimrat *Fischer* - Pforzheim, Dr. *Behm* - Neufriedenheim, München, Geheimrat *Schüle* - Illenau, Prof. Dr. *Sommer* - Gießen, Dr. *Stadelmann* - Dresden, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Ziehen* - Berlin.

Herr Prof. *Sommer* ladet die Versammlung schriftlich ein, ihre nächste Sitzung in Gießen abzuhalten.

I. Sitzung am 4. November, nachmittags 2½ Uhr im großen Saale des Hotels Germania.

Der eine der beiden Geschäftsführer, Herr Prof. Dr. *Nissl*, eröffnet die Sitzung und begrüßt die anwesenden Mitglieder, Teilnehmer und Gäste. Vor Eintritt in die Tagesordnung bemerkt der Herr Geschäftsführer, daß Direktor *Ludwig* - Heppenheim, einer der Begründer der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte, in nächster Zeit seinen 80. Geburtstag feiert, und schlägt vor, dem Jubilar eine Adresse zu überreichen. Über den näheren Modus der beabsichtigten Ehrung werden später Bestimmungen getroffen werden. Der Geschäftsführer gibt ferner seinem Bedauern Ausdruck, daß durch Umstände, die der Geschäftsführung der Versammlung nicht zur Last fallen können, am heutigen Termine die 3. Sitzung der Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen in Godelau (Hofheim) einberufen worden ist. Durch dieses bedauerliche Versehen wird eine Anzahl alter Teilnehmer unserer Versammlung an ihrem Erscheinen in Karlsruhe verhindert.

Zum Vorsitzenden der ersten Sitzung schlägt er Herrn Hofrat Prof. Dr. *Fürstner* vor, zu dem für die zweite Sitzung Herrn Medizinalrat Dr. *Kreuser*. Als Schriftführer kommen in Vorschlag: Dr. *Merzbacher* - Heidelberg und Dr. *Pfersdorff* - Straßburg. Die Versammlung erklärt sich mit den Vorschlägen einverstanden.

Der Vorsitzende Herr Hofrat Dr. *Fürstner* gedenkt in einer kurzen Ansprache des verstorbenen Prof. Dr. *Wernicke* und des Geh. San.-Rats Prof. Dr. *H. Laehr*. Beide gehörten zwar der Versammlung nicht als Mitglieder an, es wird ihrer jedoch hier gedacht in Hinblick auf die große Anregung, die ihre Tätigkeit auf alle Psychiater auszuüben imstande gewesen ist. — Zum Zeichen der Ehrung erheben sich die Mitglieder der Versammlung von ihren Plätzen.

Es erstattet zunächst

Herr Privatdozent Dr. *Bumke* - Freiburg das erste Referat über das Thema: „Die psychischen Zwangserscheinungen“.

Das Wort „Zwangsvorstellung“ ist zuerst von *Krafft-Ebing* 1867 gebraucht worden; er wollte damit den objektiven Zwang bezeichnen, den

die traurige Verstimmung auf den Inhalt des Denkens ausübt; denn das Vorstellen stehe „schon unter normalen Verhältnissen unter dem mächtigen Zwange des Fühlens, und wo dieses nur noch eine Qualität kennt, muß es ebenso mit dem Vorstellen sein.“ Dieses psychologische Gesetz war schon vor *Krafft-Ebing* bekannt gewesen, und der Autor wählte den Terminus nur, um die Unfreiheit und die Unzurechnungsfähigkeit des Gemütskranken hervorzuheben, weil Ärzte und Richter damals noch den Begriff der Seelenstörung im Irresein der Intelligenz aufgehen lassen wollten.

Ganz anders gebrauchte *Griesinger*, ohne *Krafft-Ebings* Arbeit zu kennen, ein Jahr später dasselbe Wort: er nannte die Fragen, die sich seinen Kranken gegen ihren Willen, trotz ihrer Überzeugung von der Unsinnigkeit und der krankhaften Entstehung ihrer „Grübelucht“ aufdrängten, „Zwangsvorstellungen in Frageform“. Das Wesentliche dabei war für ihn, wie für *Meschede* und *Berger*, der subjektive Zwang.

Gerade so faßte *Westphal* den Begriff auf, als er 1877 seine bekannte Definition gab, die eine rein formale, primäre „Störung der Denktätigkeit“ umschreiben sollte, und den von *Krafft-Ebing* behandelten Tatbestand ausdrücklich ausschloß. Die Verwirrung, die heute in der Lehre von den Zwangsvorgängen herrscht, ist zum größten Teile daraus entstanden, daß *Krafft-Ebing* zwar *Westphals* Begriffsbestimmung anerkannte und annahm, trotzdem aber wiederholt seine eigenen angeblichen Prioritätsansprüche betonte. Und diese Ansprüche waren ungerechtfertigt, sobald sie nicht bloß der Prägung des Wortes galten: denn „von dem Vorkommen selbstständiger, primärer, von jeglicher affektiver Grundlage losgelöster Erscheinungen“, wie sie *Westphal* beobachtet hatte, hatte *Krafft-Ebing* früher „noch keine Kenntnis gehabt.“ Auf diese Weise sind zwei prinzipiell verschiedene Störungen zusammengeworfen worden, nur weil sie zufällig einmal denselben Namen erhalten hatten.

Die Verwirrung wurde noch größer, als man anfang, das französische Wort: *Obsession*, das außer den Zwangsvorstellungen auch die Impulse, die Phobien und auch die fixen Ideen umfaßte, mit der deutschen Bezeichnung „Zwangsvorgänge“ synonym zu gebrauchen. Da man lange Zeit gar nicht versuchte, diesem Ausdruck durch eine Begriffsbestimmung einen bestimmten Inhalt zu geben, so wurden bald hypochondrische und melancholische Befürchtungen, Beeinträchtigungs- und Insuffizienzideen Zwangsgedanken genannt. Ebenso rechnete man ohne weitere Analyse alle Phobien zu den Zwangserscheinungen und sprach bald nicht bloß von Zwangsbefürchtungen und von Zwangsangst, sondern auch von Zwangsaffekten und Zwangsstimmungen. Nachdem dann *Buccola* Halluzinationen infolge von Zwangsvorstellung hatte auftreten sehen, gebrauchte man die Bezeichnungen „Zwangshalluzination“ und „Zwangsempfindungen“ (*Hoestermann*) ebenso wie für sekundäre Sinnestäuschungen und Sensationen auch für primär auftretende, die mit dem Zwangsvorstellen nichts weiter gemein hatten, als den pathologischen Zwang, der bei allen Krankheitserscheinungen

wirksam ist. Deshalb die Unterscheidung von *Charpentier* und *Séglas* zwischen der Obsession hallucinatoire und der Hallucination obsédante. — Ähnlich ist die Entwicklung gewesen, die der Begriff der „Zwangshandlung“ durchgemacht hat. Ursprünglich war damit das durch subjektiv als solche empfundene Zwangsantriebe bestimmte Tun gemeint, nachdem aber das Wort Zwang im Sinne des objektiven Zwanges gebraucht wurde, rechnete man ganz naturgemäß die abnormen Triebe (Dipsomanie), die Hemmungen und Idiosynkrasien, die Tics, die sexuellen Perversionen und schließlich sogar die hysterischen Einbildungslähmungen- und Krämpfe zu den Zwangserscheinungen.

Durch die Arbeiten von *Janet*, *Löwenfeld*, *Warda* und *Friedmann*, durch die verschiedene Forschungsrichtungen zu einem gewissen Abschluß gebracht sind, ist es erleichtert worden, heute zur Frage der Zwangsvorgänge Stellung zu nehmen.

Der Versuch, hier Grenzlinien zu ziehen, muß, da *Krafft-Ebing* sie akzeptiert hat, von *Westphals* Definition ausgehen, und deren wesentlichste „Merkmale“ waren erstens die Unverdrängbarkeit der Vorstellungen und das subjektive Gefühl des Zwanges, das sie beim Kranken hervorriefen: zweitens: die Abwesenheit eines gefühls- oder affektartigen Zustandes: drittens: das Erhaltenbleiben der Kritik.

Die Eigenschaft des Zwanges, der Immobilität allein reicht, wie gegenüber *Löwenfeld* betont werden muß, deshalb nicht aus, um die Zwangsvorgänge zu charakterisieren, weil auch Wahnvorstellungen, namentlich melancholische, und außerdem eine ganze Reihe von anderen, bei Gesunden auftretenden Ideen, dasselbe Gefühl des subjektiven Zwanges hervorrufen können. Solche Gedanken, deren aufdringlichen Charakter jeder kennt, sind vor allem die „abschlußunfähigen Vorstellungen“ des Zweifels, der Sorge, der Erwartung (*Friedmann*). Die einzige Eigenschaft, die diese Ideen, die ferner gewisse subjektiv als lästig empfundene Wahnvorstellungen, und endlich die überwertigen und die autochthonen Ideen mit den Zwangsvorstellungen *Westphals* gemein haben, ist aber schon von *Stricker* in dem ganz eindeutigen Wort „dominierende Vorstellung“ zum Ausdruck gebracht worden.

Wollen wir unter Zwangsvorstellung etwas anderes, prägnanteres verstehen, so werden wir uns erinnern müssen, daß die Ursache des Dominierens meist in der Gefühlsbetonung der Vorstellungen liegt; nur die Zwangsvorstellungen *Westphals* und die autochthonen Ideen *Wernickes* machen darin eine Ausnahme. Wir müssen deshalb das positive Kriterium des Zwangsvorstellens, das der Immobilität, durch das negative einschränken, das dem Zwang eine Stimmungsanomalie oder die Gefühlsbetonung der Ideen nicht zugrunde liegt.

Um nun die Zwangsvorstellung auch gegen die autochthonen Ideen abzugrenzen, werden wir die von *Wernicke* betonte Tatsache heranziehen dürfen, daß diese stets nach außen projiziert, auf Beeinflussung von außen zurückgeführt werden, jene, die Zwangsideen, aber nie in diesem Sinne

als fremdartig beurteilt werden. Deshalb führt das Zwangsvorstellen i. a. nicht zur Wahnbildung, die eine notwendige Folge der autochthonen Ideen ist.

Der Unterschied liegt in einem verschiedenen Verhalten der Kritik: Der Zwangsvorstellungskranke erkennt seine Ideen stets als eigene an, hält sie nicht für „gemacht“. Meistens beurteilt er sie zudem auch als krankhaft entstanden und als inhaltlich falsch; nur auf der Höhe der Angst geht dieser Teil der Kritik zuweilen verloren. Allerdings ist zu berücksichtigen, daß zwischen Zwangsvorstellungen, überwertigen und autochthonen Ideen Übergänge vorkommen (*Wernicke*).

Wenn wir somit definieren: „Zwangsvorstellungen sind Vorstellungen, die, ohne daß ihre durchschnittliche oder durch die Stimmung des Kranken verstärkte Gefühlsbetonung das erklärt, unter dem subjektiven Gefühl des Zwanges in das Bewußtsein treten, sich durch Willensanstrengungen nicht verscheuchen lassen und deshalb den Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, obwohl sie vom Kranken stets als ohne Grund dominierend und meist auch als inhaltlich falsch und als krankhaft entstanden erkannt werden,“ — so ist das die *Westphalsche* Begriffsbestimmung in etwas anderer Formulierung; und die mag durch Mißverständnisse gerechtfertigt werden, welche die ursprüngliche Fassung erfahren hat.

Wollen wir diese Auffassung auf die Zwangsvorgänge übertragen, so werden wir dabei von dem Begriff des Zwanges ausgehen müssen; und für uns handelt es sich dann nicht um den Zwang überhaupt, sondern um den, der vom Kranken empfunden und als abnorm und unmotiviert erkannt wird.

Daraus folgt ohne weiteres, daß den Zwangsvorstellungen Zwangsempfindungen, Zwangshalluzinationen, Zwangsaffekte und Zwangsstimmungen als gleichwertige Störungen nicht an die Seite gestellt werden können; denn unseren Sinneswahrnehmungen und unseren Gemütsbewegungen gegenüber haben wir niemals das Gefühl der Freiheit, das unser Denken begleitet. Zwangshandlungen aber sind für unsere Auffassung, wie eine einfache Überlegung lehrt, Handlungen infolge von Zwangsvorstellungen, und zwar sowohl dann, wenn Zwangsantriebe in die Tat umgesetzt werden, als wenn das Tun die Beseitigung einer in der Zwangsidee vorgestellten Situation bezweckt. Übertragen wir diese Beurteilung des „Zwangshandelns“ auf alle Zwangsvorgänge, so würden wir definieren müssen:

Zwangsvorgänge sind erstens Zwangsvorstellungen und zweitens alle psychischen Vorgänge, die aus diesen unmittelbar entstehen.

Danach würden bei allen Zwangssymptomen Zwangsgedanken im Spiele sein, und unter diesem Vorbehalte könnte man dann auch die Halluzinationen, die infolge dieser Ideen sekundär auftreten, „Zwangshalluzinationen“ nennen.

Von den Phobien würden nur diejenigen unter diese Begriffsbestimmung fallen, die wie die Schmutzfurcht auf eine Zwangsvorstellung zurückzuführen sind; bei den Fällen von Platzangst dagegen, die *Westphal* beschrieben hat, handelte es sich um eine primär auftauchende Empfindung, also nicht um eine — „Zwangserrscheinung“. Auch diese Unterscheidung stammt von *Westphal*, der freilich die Fälle von „Platzangst“ noch nicht kannte, bei denen die Idee des Nichtkönnens der Angst vorausging, und die deshalb zu den Zwangsvorgängen gehören.

Von den Zwangshandlungen sind nach *Hoches* Vorgang die Impulse zu trennen, bei denen „das Gefühl des wider Willen und besseres Wissen Gezwungenwerdens“ fehlt; ebenso natürlich die Hemmungen und Triebe, bei deren Entstehung echte Zwangsgedanken nicht nachweisbar sind.

Der beste Beweis dafür, daß eine andere und speziell eine weitere Fassung des Begriffs der Zwangsvorgänge als wie die hier durchgeführte, nicht aufrecht erhalten werden kann, liegt in der Tatsache, daß keine der sehr zahlreichen Theorien, die diese Vorgänge erklären sollten, für alle Symptome, die z. B. in *Löwenfelds* Monographie künstlich vereinigt sind, zutrifft; insbesondere versagen dem von *Westphal* beschriebenen Tatbestande gegenüber alle Hypothesen, die eine emotive Grundlage der Zwangsercheinungen annehmen; denn in diesen Fällen handelt es sich um eine primäre Denkstörung, die entweder auf eine Aufmerksamkeits- oder aber auf eine Willenstörung zurückgeführt werden muß. Die Erklärungsversuche aber, die den Gehirnzustand der Zwangsvorstellungskranken im Auge haben, sind überhaupt nicht geeignet, als Abgrenzungsprinzip zu dienen; der Ausdruck „reizbare Schwäche des Gehirns“ z. B. umschreibt doch nur eine ganz allgemeine Disposition zu nervösen Erkrankungen überhaupt.

Die klinischen Gründe endlich, die nach der Ansicht mancher Autoren eine andere Gruppierung der Symptome, als die hier versuchte, rechtfertigen sollen, sind deshalb nicht stichhaltig, weil keine der Zwangsvorstellungspsychosen oder -Neurosen, die als angeblich einheitliche Krankheitsbilder aufgestellt sind, von anderen Formen der ererbten Entartung oder aber der erworbenen Neurasthenie scharf getrennt werden kann. Freilich ist es möglich, daß die Obsessions der Franzosen in dem Sinne zusammen gehören, in dem sie von *Magnan* und jetzt von *Janet* vereinigt sind, und die Zwangsvorstellungen würden dann gewiß dazu gerechnet werden müssen. In diesem Falle aber wäre es zweckmäßiger, nach dem Vorgange von *Möbius* das Wort „Besessenheit“ in die deutsche psychiatrische Sprache zu übernehmen, als etwa für die von *Westphal* beschriebene Störung ein neues Wort zu erfinden. Und das wäre dann deshalb notwendig, weil an ihrer psychologischen Sonderstellung nicht gezweifelt werden kann.

(Die ausführliche Veröffentlichung erfolgt in *Hoches* Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Halle, *Marhold*.)

Autoreferat.

Es folgt der zweite Vortrag des Korreferenten, Herrn Privatdozenten Dr. *Rosenfeld*-Straßburg: Die klinische Bedeutung der Zwangsvorgänge.

Jeder psychische Akt kann im Verlauf einer Psychose den Charakter eines unwiderstehlichen Zwanges annehmen. Dies gibt aber noch nicht die Berechtigung, die so gearteten Symptome unter die Zwangsvorstellungen im Sinne der *Westphalschen* Definition zu rechnen. In Fällen, welche verschiedene psychische Symptome bieten, kann man nicht wissen, ob die unter der Erscheinung des Zwanges auftretenden Vorstellungen oder Impulse auf demselben Wege zustande kommen, wie die echten Zwangsvorstellungen. Der Mechanismus jeder unter einem Zwang auftretenden Vorstellung kann bei jeder Psychose ein anderer sein. Die klinische Diagnose der Fälle erscheint deswegen wichtig, wenn nicht ausschlaggebend dafür, ob man ein psychisches Symptom, welches zwangsartig auftritt, zu den *Westphalschen* Zwangsvorstellungen rechnen darf oder nicht. *Hoche* sagt deswegen auch in seinem Handbuch, daß es gut sein wird zur Abgrenzung und Definition des Begriffs Zwangsvorstellung nur solche Fälle heranzuziehen, in welchen die Zwangsvorstellungen die einzige, oder doch hauptsächlichste Anomalie waren.

Die Fälle, in denen Zwangsvorstellungen beobachtet wurden, und die deswegen das Interesse auf sich zogen, waren klinisch durchaus nicht immer gleichwertig. *Wernicke* bestreitet überhaupt die Existenz von Fällen, welche ganz ohne andere psychische Symptome verlaufen. Fälle ohne Affektschwankungen gibt es bei ihm nicht. *Wernicke* sagt, daß es nur dann konsequent wäre, von einer Zwangsvorstellungsneurose zu sprechen, wenn man einerseits damit die degenerative Ätiologie und andererseits die Zugehörigkeit der Elementarsymptome zu der Breite des psychisch normalen kennzeichnen will. Als Kriterium der Zwangsneurose gegenüber der Zwangspsychose können nach *Wernicke* noch folgende Momente dienen: Das Vorhandensein des Affektes, der Umstand, ob die Handlungen der Patienten durch die Vorstellungen beeinflußt werden, und schließlich die Reichhaltigkeit und der Inhalt der Vorstellungen. *Binswanger* hebt die Bedeutung der Affekte für das Zustandekommen der Zwangsvorstellungen der Neurastheniker hervor und vergleicht sie mit den noch nicht als abnorm zu bezeichnenden Befürchtungen Gesunder. *Jastrowitz* betonte, daß auch da, wo die Vorstellungen ganz plötzlich auftauchen, aus der Anamnese zu erfahren ist, daß vorher die Gemütslage der Kranken geändert ist. *Morel*, *Pitres* und *Régis* betonen, daß die Emotion die Hauptrolle bei den Zwangsvorstellungen spiele. *Kraepelin* faßt alle Fälle, welche vorwiegend mit Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen einhergehen wohl unter einem Namen des Zwangsirreseins zusammen, aber er gibt auch zu, daß eine scharfe Abgrenzung der Krankheit nur eine scheinbare ist, daß vielmehr auch andere Teile der Psyche mitbetroffen sind. Die Abgrenzung der Zwangsbefürchtung von der allgemeinen Ängstlichkeit ist oft unmöglich. *Binswanger* weist schließlich darauf hin, daß, obwohl die Definition *Westphals* eine intakte Intelligenz bei Neurasthenikern mit Zwangs-

vorstellungen voraussetzte, pathologische Reiz- und Hemmungszustände auf intellektuellem Gebiete — also formale Störungen der Denktätigkeit vorkommen. Er erklärt bei Neurasthenikern die Entwicklung der Zwangsvorstellungen aus der Erschwerung aller komplizierter logischer Denkvorgänge. Diese werden durch gesteigerte Ermüdungsempfindungen sehr qualvoll. Die nosologische Stellung der Zwangsvorstellungen und ihre Einteilung nach ihrer psychologischen Konstitution muß nach alledem auf beträchtliche Schwierigkeiten stoßen. *Mendel*, *Falret* und *Tuczek* treten für das Vorkommen von Zwangsvorstellungen bei Gesunden ein. *Mendel* spricht von physiologischen Zwangsvorstellungen, welche aber als pathologisch zu bezeichnen sind, sobald schwere Angstzustände mit somatischen Störungen hinzukommen. Vielleicht schließen sich hier am besten die Fälle an, in welchen durch eine akute Schädigung der körperlichen oder psychischen Widerstandsfähigkeit Zwangsvorstellungen sich ausbilden und wieder weichen können, wenn die Schädigung beseitigt wurde.

Am häufigsten kommen Zwangerscheinungen bei Neurasthenikern vor und zwar nicht nur in Fällen, welche hereditär belastet sind. Von solchen Neurastheniefällen, in denen die Zwangerscheinungen nur rudimentär vertreten sind, bis zu solchen Fällen, wo dieselben vollkommen dominieren, gibt es zahllose Übergänge, und die Abgrenzung einer Zwangsvorstellungserkrankung von der Neurasthenie mit Zwangsvorstellung hat seine Schwierigkeit. *Charcot* nimmt an, daß die schweren Phobien der Neurastheniker durch die Heredität bedingt sind, und er rechnet die leichten Angstzustände und Phobien zu den Symptomen der Neurasthenie. Auch nach *Binswanger* und *Krafft-Ebing* fallen die einfachen Angstzustände und Phobien unter die neurasthenischen Störungen. Phobien können als Vorläufer neurasthenischer Beschwerden auftreten.

Bei Hysterie finden sich nach verschiedenen Autoren auch Zwangsvorstellungen. *Janet* sucht einen Unterschied zu machen zwischen den Zwangsvorstellungen der Hysterischen und denjenigen der Neurastheniker. Erstere sollen auf einem mehr emotionellen und suggestiven Wege zustande kommen, während der Ursprung der letzteren ein endogener ist. Wenn *Löwenfeld* sagt, daß er keinen Unterschied zwischen den Zwangerscheinungen der Hysterischen und der Neurastheniker finden kann, so liegt das zum Teil wohl an der weiteren Fassung des Begriffs der Zwangsvorgänge. Bei *Kraepelin* spielen die Zwangsvorstellungen bei Hysterischen keine beträchtliche Rolle, falls man nicht die sogenannten Dauerformen unbewußter Fortwirkungen (*Krechl*) als solche anerkennen will. Inhaltlose Angstanfälle und Impulse finden sich bei Hysterischen auch nach Anfällen. Sie dürfen aber nicht den Zwangsvorstellungen in unserm Sinne zugezählt werden.

Die Prognose der Fälle mit dominierenden Zwangerscheinungen in unserem Sinne ist eine unsichere. Es gibt Fälle, in denen die Störungen schon in jugendlichem Alter auftreten und um die Zeit der Pubertät wieder schwinden. In anderen Fällen nehmen die Zwangerscheinungen um die Zeit

der Pubertät zu. Plötzliches Schwinden und rasche Verschlimmerung werden beobachtet. Die Periodizität ist sehr auffällig. Die Schwere eines Falles hängt absolut nicht von der Zahl der vorhandenen Vorstellungen ab. So kann die isoliert bestehende Berührungsfurcht dem Kranken viel peinlicher sein, als eine ganze Reihe von Vorstellungen. Grübelsucht, Zweifelsucht, Berührungsfurcht geben nach dem Urteil erfahrener Autoren die schlechteste Prognose. Der Ausgang von echten Zwangszuständen in Verblödung wird geleugnet. *Marie* und *Vigouroux* geben aber einen eigentümlichen Zustand an, welchen sie als *Démence spéciale* bezeichnen, und der aus jahrelang bestehenden Zwangsvorstellungen sich entwickeln soll. Auch *Krafft-Ebing* kennt derartige Zustände, ebenso *Löwenfeld*. Der Fall, welchen *L.* anführt, geriet in völlige Untätigkeit und Interessenlosigkeit und verbrachte den Tag in stumpfem Hinbrüten. Ein Übergang des Leidens in andere psychische Störungen kommt nach *Kraepelin* nicht vor. *Löwenfeld* erwähnt, daß, wenn zu den psychischen Zwangerscheinungen sich andere Symptome gesellen, dieses zumeist ganz frühzeitig und nicht erst nach jahrelangem Bestehen der Zwangsvorstellungen geschieht. In keinem seiner Fälle, in denen längere Zeit Zwangsvorstellungen und Phobien bestanden haben, traten andere Psychosen auf, abgesehen vielleicht von depressiven Zuständen. *Koch* sprach die Ansicht aus, daß die Zwangszustände eher vor dem Eintreten einer Psychose schützen, und *Löwenfeld* meint, daß sich die psychotische Disposition bei den an Zwangszuständen leidenden in diesen zumeist erschöpft und dadurch dem Individuum eine gewisse Sicherung gegen schwerere Störungen gegeben wird. Ob diese Auffassung richtig ist, erscheint fraglich. Die Tatsache besteht zu Recht, daß Übergänge älterer Fälle von Zwangsvorstellungen in andere Psychosen nur selten oder gar nicht vorkommen.

Die häufige Koinzidenz der echten Zwangsvorstellungen mit dem neurasthenischen Angstaffekt und den Hemmungszuständen der Neurastheniker macht es von vornherein wahrscheinlich, daß symptomatische Zwangsvorstellungen bei Psychosen mit depressiver Stimmung und Hemmung, aber ohne andere Störungen, auftreten können. Hier wird der emotionelle Zustand oder die Hemmung die Quelle der Zwangsvorstellungen, die inhaltlich der Stimmung entsprechen. Wegen dieser Kongruenz der Vorstellungen mit der Stimmung nennt *Warda* dieselben mit einem besonderen Namen, obsedierende Vorstellungen. *Löwenfeld* berichtet über eine leichte periodische Depression mit der Zwangsbefürchtung der Gravidität, weil die Menses einmal ausgeblieben. *Kraepelin* schildert Fälle von manisch-depressivem Irresein, welche wider ihren Willen grübeln mußten, sich mit der Ausmalung angenehmer Bilder beschäftigten und an religiöse Darstellungen obszöne Vorstellungen anknüpfen mußten. Echte Zwangsvorstellungen konnte der Ref. in zwei Fällen von periodischer Depression beobachten. Über das Vorkommen von Zwangsvorstellungen bei Paralyse, Alkoholismus, Idiotie und Imbezillität liegen nur spärliche Beobachtungen vor. Bei Epilepsie sind auch Zustände als Zwangsvorstellungen beschrieben worden (*Mendel, Löwenfeld*). Die senile und

arteriosklerotische Involution kann zum Auftreten von Zwangsvorstellungen führen. Über das Vorkommen von echten Zwangsvorstellungen im Verlauf der Dementia praecox und der Paranoia ist nicht viel sicheres zu sagen. Daß nach einem durch Zwangsvorstellungen wohl charakterisierten Vorstadium später paranoische Wahnideen auftreten, ist noch nicht bewiesen. Die im Verlauf einer Paranoia vorkommenden inkohärenten Vorstellungen können eine Art Grübel- und Fragesucht auslösen, welchen der Kranke mit einer gewissen Kritik gegenüberstehen kann. Die Abgrenzung dieser Symptome von den echten Zwangsvorstellungen wird jedoch in den meisten Fällen nicht auf Schwierigkeiten stoßen, wenn man die übrigen klinischen Symptome berücksichtigt.

R. erörtert dann noch die forensische Bedeutung der Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen, welche nach den bis jetzt vorliegenden Mitteilungen eine äußerst geringe ist. Die auf Zwangsvorstellungen beruhenden Zwangshandlungen müssen von den impulsiven Handlungen abgetrennt bleiben.

(Die ausführliche Veröffentlichung des Referates erfolgt in *Hoches Sammlungs* zwangloser Abhandlungen. Halle.)

Autoreferat.

Der Vorsitzende eröffnet die Diskussion zum Referate: Herr Prof. Dr. *Hoche*-Freiburg gibt seiner Genugtuung darüber Ausdruck, daß die alte Definition, wie sie *Westphal* gegeben hat, wieder zur Geltung kommt. Er macht auf eine Reihe von Fehlern aufmerksam, die bis jetzt bei den Erörterungen über das zur Diskussion stehende Thema die Verständigung erschwert haben: 1. Objektiver und subjektiver Zwang wurden nicht streng auseinander gehalten und mit Unrecht das Merkmal des Zwangsvorstellens aufgegeben, daß der Kranke seinen Ideen mit einer gewissen Kritik gegenüberstände. Freilich dürfe man darin nicht zu weit gehen; man könne von einem Laien nicht viel mehr fordern, als daß er — nach *Hecker* — den Wunsch hege, von den ihn quälenden Vorstellungen befreit zu werden. 2. Die Diskussion wurde erschwert durch die Verwendung unreiner Fälle. 3. Das Prinzipielle ging unter bei der zunehmenden Verwertung des Episoden-, Anekdotenhaften. Schließlich machte Herr Prof. *Hoche* auf die forensische Bedeutung der Zwangserrscheinungen aufmerksam; so gut wie niemals führten echte Zwangsvorstellungen zu Konflikten mit den Strafgesetzen. Das sei wichtig; denn gerade in forensischen Fällen zeige es sich, wie sehr der Laie geneigt sei. Zwangsvorstellungen mit Wahnvorstellungen und mit den „fixen Ideen“ durcheinander zu würfeln. — Er freut sich, daß die alte Definition in voller Schärfe aufrecht erhalten werden könne.

Herr Prof. *Thomsen*-Bonn: Zwangsvorstellungen sind ein Symptom, kommen bei Gesunden und neben allen möglichen Symptomen vor, aber daneben als wesentlicher, dauernder, das Bild und den Patienten beherrschender Symptomenkomplex, als Krankheit mehr oder weniger selbständiger Natur.

Für dieses Krankheitsbild gilt auch heute noch die *Westphalsche* Definition, wenn man den einzelnen Teilen derselben das Wort „meist, vorzugsweise“ beifügt.

Diese Definition auf die anderen Zwangserscheinungen (Affekte, Triebe, Impulse) ohne weiteres anzuwenden, ist unerlaubt.

Löwenfeld tut es dennoch und appliziert seine ohnehin einseitige Definition der Zwangsvorstellungen (Immobilität, Störung des Vorstellungsablaufes) ohne weiteres auf die Zwangserscheinungen im Sinne der alten Dreiteilung der Psyche. Das erscheint sowohl klinisch als besonders forensisch sehr bedenklich und führt zur alten Monomanienlehre zurück.

Thomsen betont außerdem als wichtiges klinisches Faktum die ausgesprochene Intimität, welche zwischen Hysterie und Zwangsvorstellungen besteht, dieselben können sich bei demselben Kranken völlig ablösen.

Herr *Friedmann-Mannheim*: Ich kann das Streben des Referenten, den Begriff des Zwangszustandes trotz der großen Erweiterung unserer Kenntnisse auf die alte *Westphalsche* Definition zu begrenzen, nicht für zweckmäßig halten. Einen Symptombegriff kann man nach theoretischem oder nach praktisch-empirischem Gesichtspunkte bestimmen. Im letzteren Fall ist die Definition im wesentlichen Sache der freiwilligen Übereinkunft. Was ist nun der im allgemeinen maßgebend gewordene empirische Begriff des Symptomes? Ein Zwangsvorgang besteht, wenn bei im übrigen normalem Denken ein psychisches Element, das sonst regulär durch die Absicht der Person gelenkt wird, sich dieser Lenkung entzieht, wenn die Person dagegen ankämpft, und wenn es sich trotzdem ins Bewußtsein drängt. Das kann eine Vorstellung sein, z. B. die, „Du hättest das Ungeheuer Diebold an seinen Untaten verhindern müssen“, das kann aber auch ein sinnloser Impuls sein, z. B. jedes Papierstück auf der Straße zu sammeln, und das kann eine Impulshemmung sein, also meist eine Phobie; z. B. wenn statt des Aktionsimpulses, einen Fabrikhof zu überschreiten, die hemmende Idee auftaucht, dies nicht ausführen zu können. Dagegen besteht kein subjektiver Zwang, wenn es sich um Vorgänge handelt, welche schon de norma der Lenkung durch den Willen entzogen sind; dahin gehören Halluzinationen, primäre Empfindungen und primäre Angstgefühle, endlich dunkle mächtige Triebe, z. B. auf sexuellem Gebiete, welchen die Person fast ohne Widerstand gehorcht.

Den Unterschied gegen andere mächtige Vorstellungen kann man sich am Beispiel der hypochondrischen Ideen klar machen; es kann nur eine allgemeine übergroße Furcht vor Krankheit bestehen, das sind dann einfach überwertige Vorstellungen; oder aber die Person hat sich förmlich verrannt auf übertriebene Krankheitsideen und verteidigt sie leidenschaftlich gegen vernünftige Korrekturen seitens anderer. Das ist eine fixe Idee, ein Wahnurteil. Oder drittens, die Person wird zu ihrem eigenen Schrecken, gegen ihren Wunsch und ihre innere Überzeugung verfolgt von solchen Ideen, deren Korrektur und Beseitigung durch andere sie ersehnt: das sind Zwangsideen.

Aber auch die Theorie ist doch wohl nicht so unvollkommen, wie der Referent meint. Ich kann aber jetzt das nur mit einem Worte andeuten: Das Primäre ist die Schwäche der den Denkinhalt und die Handlungen beherrschenden und lenkenden Kräfte, der apperzeptiven Funktion. Tritt

nun hier eine aufregende abnorme Vorstellung oder ein solcher Impuls auf, oder mißlingt eine beabsichtigte Handlung, so fehlt eben die geistige Kraft, um diese durch geeignete Reflexion oder durch Anspannen des Willens definitiv zu überwinden und zu erledigen. Jeder unabgeschlossene psychische Inhalt drängt sich, besonders wenn er aufregend wirkt, aber von selbst immer wieder ins Bewußtsein. Die apperzeptive Kraft nimmt nun nicht weiter zu, dagegen verstärkt sich umgekehrt die ungebändigte Vorstellung jedesmal mehr und mehr, die Furcht vor ihr steigert sich, und eben dieses gefürchtete und nutzlose Kämpfen um das Hinausdrängen der Idee und um die Überwindung der Phobie wird als subjektiver Zwang empfunden.

Herr *Wilmanns*-Heidelberg fragt Ref., ob ihm über den Zusammenhang von Magenerkrankungen und Zwangerserscheinungen etwas bekannt sei.

Herr Hofrat *Fürstner*-Straßburg weist auf die geringe Bedeutung hin, die den Zwangerserscheinungen in foro zukommt. Er sei noch nie in die Lage gekommen, jemanden zu exkulpieren, der nur an Zwangsvorstellungen gelitten hätte.

Zum Schlußwort melden sich die beiden Herren Referenten.

Herr *Bunke* führt aus, er möchte einem Mißverständnis entgegenreten: er habe keineswegs alle „Phobien“ von den Zwangszuständen trennen wollen, sondern nur jene, in denen das Primäre eine Empfindung oder ein Affekt, nicht aber die Zwangsvorstellung des Nichtkönnens sei. Im übrigen seien es doch nicht nur historische Gründe, aus denen das Wort Zwangsvorstellung in dem Sinne von *Westphal* gebraucht werden sollte. An sich sei es ja ganz gleichgültig, ob man die Gedanken, von denen Herr *Friedmann* gesprochen habe, Zwangsvorstellungen oder ob man sie dominierende Vorstellungen nenne. Wähle man aber den Ausdruck Zwangsvorstellungen, so sähe man sich genötigt, für den Tatbestand, den *Westphal* beschrieben habe, einen neuen Namen einzuführen; denn in diesem handle es sich nicht wie in allen anderen Fällen um das Dominieren infolge einer Gefühlsbetonung, sondern um eine primäre Denkstörung.

Herr *Haberkant*-Stephansfeld: Osteomalacie und Psychose.

Votr. berichtet kurz über zwei in Stephansfeld beobachtete Fälle von Katatonie, bei denen 9 bzw. 19 Jahre nach dem Beginn der Psychose Lähmungserscheinungen an den Beinen und Skelettverbiegungen auftraten, die auf Osteomalacie zurückgeführt werden mußten. Im Anschluß daran bespricht Votr. die klinische Stellung der bisher bei Osteomalacie beobachteten Psychosen. Schon früheren Beobachtern (*Finkelnburg*, *Wagner von Jauregg*, *Bleuler*) war die Übereinstimmung der psychischen Krankheitsbilder aufgefallen. Die Annahme einer Schädelosteomalacie als Ursache der Psychose ist zu verwerfen. Dagegen besteht vielleicht ein inniger Zusammenhang anderer Art zwischen Osteomalacie und Geistesstörung. Es scheint, daß die Osteomalacie nur bei gewissen Psychosen auftritt, jedenfalls vorwiegend sich mit der Dementia praecox verbindet. Diese Kombination ist interessant, weil

die Pathogenese beider Krankheiten die gleichen Beziehungen zu Keimdrüsen und Schilddrüse aufweist. Nach *Kraepelin* spielen bei der *Dementia praecox* Stoffwechselstörungen, die von den Ovarien oder der Schilddrüse abhängig sind, die Hauptrolle. Dasselbe behaupten für die Osteomalacie *Fehling* bezw. *Hoennicke*. Der älteren Ansicht (*Ripping*, *Wagner von Jauregg*), daß die Osteomalacie in gewissen Gegenden auch für die Ätiologie der Puerperalpsychosen von Bedeutung sei, wird unter Hinweis auf die *Hanausche* Lehre von der physiologischen Osteomalacie beigeppflichtet, jedoch mit der Einschränkung, daß ein derartiger Zusammenhang wahrscheinlich nur für die Katatonien puerperalen Ursprungs, die etwa ein Drittel aller Puerperalpsychosen ausmachen, in Frage komme.

Herr *M. Friedmann-Mannheim*: Über einen Fall von Exhibitionismus (und über nicht-epileptisches „petit mal“).

Seit *Krafft-Ebing* und *Seiffer* ist nichts wesentlich Neues in der Lehre von dem Exhibitionismus hinzugekommen. Mit am klarsten liegen die Fälle, wo ein epileptoider Dämmerzustand vorhanden ist; doch erheben sich auch hier praktisch-forensische Schwierigkeiten, wenn sich eine epileptische Anlage oder doch der Verdacht, daß eine solche besteht, nicht anderweit begründen läßt. Meist wird dann auch das Obwalten der Bewußtseinstörung angezweifelt und die entsprechende Angabe des Beschuldigten für unglaublich erklärt. Deshalb teilt *F.* einen Fall mit, welcher die Möglichkeit noch einer anderen Deutung solcher Dämmerzustände eröffnet.

Ein 19-jähriger Student der Theologie, ein persönlich überaus fleißiger und bescheidener junger Mann von tadelloser Lebensführung (mit überdies normaler und keineswegs starker *vita sexualis*) hatte in seiner mütterlichen Wohnung in einer ganzen Reihe von Fällen (mindestens 6 bis 8 mal) exhibiert. Es geschah stets unter den gleichen Umständen, Sonntags in der Frühe. Indem er auf seinen kleinen Arbeitstisch am Fenster des Gaupenzimmers stieg und stumm und bewegungslos das Hemd eine Zeitlang bis Nabelhöhe emporhob. Beobachtet wurde dies nur von einer Familie vis-à-vis, die allerdings durch eine 50 m breite Anlage getrennt war, und welche der Student weder der Person, noch dem Namen nach kannte. Jener war zunächst bei der Nachforschung sehr bestürzt und gab dann allmählich eine stark lückenhafte Darstellung der Sache; er sei die ganze Woche hindurch äußerst angestrengt tätig und pflege auch Sonntags in der Frühe sogleich schwierige hebräische Studien zu machen; dazwischen gehe er auf den Abort und kehre noch nicht völlig angekleidet zu seinem Arbeitstische (am Fenster) zurück: dann schwinde ihm die grammatische Form, welche er sich angestrengt einübe, mehr und mehr ins Weite, er ermüde und stütze den Kopf auf; nun erinnere er sich noch, daß ein wollüstiges Gefühl über ihn komme; dann besinne er sich wieder, kleide sich völlig an und arbeite weiter. Weiter wisse er nichts.

Der Vater ist an Apoplexie gestorben, die Mutter ist mäßig nervös, er

selbst ist ein gefühlvoller, nobler Charakter, aber sehr stark sensibel: bei Tadel kam bald tiefe Verstimmung bis zu Selbstmordideen, bald ein erregtes, heftiges Zittern am ganzen Körper über ihn; nachts ist der Schlaf unruhig und selbst Schlafwandeln ist vorgekommen. Das ist auch hier alles, was festzustellen war.

Daß nun hier ein wirklicher Dämmerzustand vorlag — was der gerichtliche Sachverständige entschieden bestritt —, ist wohl nicht zu bezweifeln. Epileptische Spuren finden sich indessen nicht. Dagegen besitzen die einzelnen Akte der Exhibition folgende Eigentümlichkeiten: sie erfolgen 1. relativ häufig und stets zur gleichen Zeit und unter identischen Umständen, ferner 2. bei einem stark überanstrengten und nervös erregten jungen Manne, 3. in der Frühe mitten in einer einförmigen und ermüdenden Kopfarbeit, 4. direkt nach einer Stuhlentleerung; dann schildert 5. der junge Mann selbst, wie ihm das Denken sich allmählich verwirrt, und wie er schläfrig wird, dazu neigt er 6. ohnehin schon zu somnambulen Zuständen (nachts), endlich 7. befindet er sich schon vorher direkt am Fenster und in (von dem Abortgange her) noch halb angekleideter Verfassung.

So nimmt *F.* an, daß hier ein wirklicher schlafartiger Zustand mit somnambuler Erregung, eine Art von Trance eingetreten sei. Dafür spricht, daß die vorangehenden Momente, speziell die angestrenzte einförmige Kopfarbeit hypnotisierend wirken, daß der Mann selbst stumm und ohne sichtbare Verbindung mit der Außenwelt während der Exhibition stand, daß er überhaupt andauernd nervös überreizt war, und daß namentlich epileptoide Zustände sich nicht wohl in dieser Weise sozusagen künstlich züchten und herbeiführen lassen. — In der Tat sind auch später (seit einem Jahre) keine Exhibitionen mehr vorgekommen, nachdem der junge Mann verständiger zu leben und zu arbeiten gelernt hatte. — Es erfolgte auf *F.*s Gutachten hin Freisprechung.

In der Literatur finden sich einige Fälle, welche ähnlich gedeutet werden können.

Zum Schlusse bespricht *F.* auf Grund einer relativ reichen, eigenen Erfahrung eine weitere Form von Bewußtseinstörung, die ebenfalls auf rein nervöser Basis erfolgt und einem spezifisch epileptischen Zustande, nämlich dem *petit mal*, symptomatisch sehr nahe kommt. Die Anfälle zeigen sich bei Kindern und jungen Leuten, dauern meist nur ¹ 2—2 Minuten, die Personen bleiben dabei starr, können meist nicht reden, haben aber keinen merklichen Schwindel. Die Anfälle treten oft in großer Häufigkeit und täglich vielfach auf, sie entstehen direkt nach einem Schreck und häufen sich evident bei Erregungen. Sie können viele Jahre lang andauern, doch hat *F.* in zwei Fällen bestimmt eine 10. resp. 24 Jahre lang dauernde völlige Heilung konstatiert. Bei Kindern ist freilich auch Übergang zur Epilepsie mehrfach vorgekommen. Insgesamt hat *F.* etwa 20 derartige Fälle beobachtet, welche bisher gewöhnlich unter dem Sammelnamen der Narkolepsie beschrieben worden sind.

Diskussion: Herr Hofrat *Fürstner* fragt, wie oft solche Vorkommnisse beobachtet worden sind. Das häufige Auftreten und gerade zur Morgenstunde erscheint dem Diskussionsredner von Bedeutung. Es lasse sich auch nicht mit Sicherheit behaupten, daß der betreffende Mann nichts gesprochen habe, da keine Zeugen vorhanden seien, die darüber Auskunft geben könnten. — Der Redner sieht nicht ein, warum es sich nicht doch um einfaches petit mal der Epilepsie handeln sollte.

Herr *Friedmann*: Die „Anfälle“ wiederholten sich immer wieder mitten in der Arbeit, mitten in der Ermüdung, nachdem ein einförmiges Memorieren vorausgegangen war — er betrachte es als eine Art induzierten Schlafs. Epileptische Absenzen würden durch Induktion nicht so erzeugt, auch sei es auffallend, daß diese Zustände sich nicht wiederholten, nachdem der junge Mann gewarnt worden war.

Herr *K. Pfersdorff*-Straßburg: Über Rededrang bei Denkhemmung. Drei Fälle von Mischzustand des manisch-depressiven Irreseins.

Der vorhandene Rededrang gab sich objektiv, beim willkürlichen Sprechen, in einer leichten Beschleunigung der sprachlichen Produktion kund. Wenn die Kranken nicht sprechen, so ist der Reizzustand der Sprachbewegungsvorstellungen an dem als Zwangserscheinung vom Kranken empfundenen Drange bemerkbar, innerlich zu sprechen, die Umgebung zu kommentieren. Durch die Beeinflussbarkeit durch äußere Reize charakterisiert sich der hier vorhandene Reizzustand als manischer Rededrang; er unterscheidet sich hierdurch von der halluzinatorischen Erregung der Sprachbewegungsvorstellungen (*Cramer*), wie sie vorzugsweise bei der Katatonie sich findet. Die Monotonie der sprachlichen Vorstellungen, die nicht mit Stereotypie zu wechseln ist, beruht auf der zugleich vorhandenen Denkhemmung. Diese betrifft diejenigen Vorstellungen, die durch unbewußte Affektschwankungen vermittelt werden. Mit der Hemmung dieser Vorstellungen geht eine Hemmung dieser feineren Affektnuancen Hand in Hand. Der an die erleichterte Wortproduktion geknüpfte Affekt ist durch das Fehlen von Affektnuancen ausgezeichnet, er ist ausgesprochen depressiv oder expansiv und äußerst labil; er entspricht jedoch dem Inhalt der produzierten Vorstellungen, ein Symptom, das diese Zustände von geistigen Schwächezuständen unterscheidet. Die Lokalisation der motorischen Erregung auf bestimmte Bewegungsgruppen haben diese Zustände mit anderen Mischzuständen gemein; was sie auszeichnet, ist die Lokalisation der Hemmung auf bestimmte Gruppen von Vorstellungen und Affektreaktionen.

(Der Vortrag wird in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie erscheinen).

Schluß der ersten Sitzung: 5¹/₂ Uhr.

II. Sitzung am 5. November. Beginn um 9¼ Uhr.

Den Vorsitz übernimmt Herr Medizinalrat Dr. *Kreuser-Winnenthal*.

Herr *L. Merzbacher-Heidelberg*: Die Neurofibrillen im Lichte der neuesten histologischen Ergebnisse. (Mit Demonstrationen).

Im wesentlichen ein Referat über die neuesten ausländischen Arbeiten (besonders italienischen), die sich mit der Entwicklungsgeschichte, der Darstellungsweise und der Histopathologie der Neurofibrillen befassen. Die Anschauungen *Fragnitos*, *Bestas*, *Pighinis* und *Pegnas* über die plurizelluläre Entstehung der Ganglienzelle, ihrer Fortsätze und der in denselben befindlichen Fibrillenzüge werden erläutert. Eingehend wurden die neuen Fibrillennethoden *Donaggios* (Pyridin, Ammoniummolybdat-Toluidinblaumethode), *Joris* (Anwendung von colloidalem Golde), sowie die Modifikation der letztgenannten Methode durch *Lugaro* besprochen und die Meinungen dieser genannten Autoren über die endo- und extrazellulären Verbindungen der Fibrillen einander gegenübergestellt. Eine neue Darstellungsweise der Fibrillen im Achsenzylinder peripherer Nerven, die von *Lugaro* angegeben worden ist, ist vom Referenten nachgeprüft worden. Die histo-pathologischen Veränderungen an den Fibrillen, wie sie in den Arbeiten von *Cajal*, *Marinesco*, *Tello*, *Tiberti*, *Pariani*, *Donaggio* und *Fragnito* beschrieben worden sind, wurden kurzen, kritischen Bemerkungen unterzogen. — (Eine genauere Wiedergabe des Vortrages soll in Form eines Übersichtsreferates der neuesten ausländischen „Fibrillenliteratur“ demnächst im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie erscheinen.)

Autoreferat.

Diskussion: Herr *Kohnstamm-Königsstein* i. T. weist darauf hin, daß das Interesse, ob interfibrilläre Netzbildung oder nicht, darin begründet ist, daß im Falle von Netzbildung zwischen den Fibrillen die Vorstellung der Fibrille als eines individuellen Leiters auch histologisch hinfällig wird, wie sie es physiologisch-klinisch schon längst ist. Wie der *Babuchinsche* Versuch am Malapterurus und der *Kühnesche* Zweizipfelversuch zeigen, ist die Fibrille nicht individueller Leiter, sondern dem einzelnen Draht eines beim Elektrisieren gebrauchten Drahtbündels zu vergleichen (*Edinger*). — Daß die Nervenzelle mit ihrer extrazellulären Umgebung ein „bloc“ und eine Umschaltestation ist, zeigen klassische physiologische Erfahrungen. Die alte Neuronenlehre besteht also klinisch-physiologisch immer noch zu Recht.

Herr *Merzbacher*: Vortr. müsse es sich hier versagen, alle jene Tatsachen anzuführen, die gegen die Neuronenlehre sprechen: die Freunde der Neuronenlehre (im alten Sinne) versuchen immer wieder einige Tatsachen heranzuziehen, die zunächst ihnen recht zu geben scheinen, deren Beweiskraft aber auch wieder angezweifelt werden kann.

Herr Medizinalrat Dr. *Kreuser-Winnenthal*: Einige Erfahrungen bei Bett- und Dauerbadbehandlung.

Bett- und Dauerbadbehandlung bedeuten eine wertvolle Bereicherung der psychiatrischen Kurmittel, deren richtige Abgrenzung und deren technische Anforderungen zur Sprache gebracht werden. — Die Indikationen für länger-dauernde ununterbrochene Bettbehandlung sind nicht so zwingender Natur wie bei somatischen Krankheiten; angemessene, unter Umständen schon frühzeitige Unterbrechungen derselben sind daher zu versuchen, sowohl bei unmittelbar therapeutischer Anwendung in akuten Krankheitsfällen, als bei der Pflege chronisch Kranker, die zu Bettsucht neigen, mit Herzschwäche und Anämie. In Ermangelung eines handlichen objektiven Maßstabes für den geeigneten Zeitpunkt mag man etwaigen Wünschen der Kranken, das Bett zu verlassen, versuchsweise entgegenkommen, unter sorgfältiger Dosierung der außer Bett zuzubringenden Zeit. Apathische müssen im Interesse der Einleitung einer Beschäftigungstherapie dazu veranlaßt werden. Wichtiger als eine tadellose Verpflegung der Kranken ist es, deren Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder wenigstens einzuschränken. Für Liegebehandlung im Freien werden Liegestühle empfohlen, um die Betten mehr zu entlasten.

Ihre unerläßliche Ergänzung findet die Bettbehandlung durch Dauerbäder, die bei den Kranken meist nicht unbeliebt sind, aber nur symptomatisch beruhigend, nicht kurativ wirken. Jedenfalls erleichtern sie es, auf den Wachabteilungen die Ordnung aufrecht zu erhalten. Als unerwünschte Nebenwirkung sind vereinzelt Exantheme und otitis externa vorgekommen. Empfehlenswert ist es bisweilen, dem Bad noch eine kühle Packung nachfolgen zu lassen; die beruhigende Wirkung wird dadurch gesichert und verlängert. Wo ohne längeres gewaltsames Festhalten im Bett und Bad nicht auszukommen ist, versagt meist die günstige Wirkung, treten Medikamente in ihre Rechte.

Voraussetzung sind für die Bettbehandlung genügend luftige Räume, größere Wäschebestände, vermehrte Überwachung. Für die Dauerbäder zu jeder Stunde des Tages und der Nacht genügend warmes Wasser (ca. 150 l pro Kopf und Tag); genügend Wannen (1:10, in der unruhigen Wachstation 1:5). Luftige Räume mit künstlicher Ventilation und zuverlässige Mischhähne. Die therapeutischen Bäder sind von den Vorrichtungen zur Reinigung räumlich zu trennen. Einrichtungen und Betrieb sind nicht billig: wie sie in Winnenthal getroffen worden sind, wird unter Vorzeigung von Plänen geschildert. Auf der Wachabteilung für unruhige Frauen wurden die letzten Isolerräume der Dauerbadeinrichtung geopfert.

Autoreferat.

Diskussion: Herr Direktor *Ransohoff-Stephansfeld*: Die Vorteile der Bettbehandlung werden diejenigen Kollegen wohl am besten zu schätzen wissen, die wie wir bisher in überfüllten und wenig gegliederten Räumen ihre Kranken zu behandeln hatten. Nichtsdestoweniger ist einer möglichst frühzeitigen Beschäftigung, auch Frischerkrankter, das Wort zu reden. Wir haben

in letzter Zeit Versuche mit baldiger Beschäftigung Melancholischer gemacht, die befriedigend ausgefallen sind. Die Beschäftigung soll eine gewisse körperliche Anstrengung mit sich bringen.

Auch von uns ist eine ungünstige Einwirkung der Bettbehandlung auf das Allgemeinbefinden chronischer Kranker beobachtet. Vorsicht ist besonders bei älteren Personen erforderlich.

Herr Oberarzt *Fuchs-Emmendingen*: Es wurde die Aufeinanderfolge von Bad und Einwicklung erwähnt als Mittel, den beruhigten Kranken aus dem Bade zur Bettbehandlung hinüber- bzw. zurückzuleiten. In allerdings ganz anderer Weise angewandt, kann ich die Kombination von Wickel und Bad empfehlen. Fälle nämlich, die weder in ihrer im übrigen indizierten Einpackung noch auch im Bade zu halten waren, beruhigten sich, wenn sie im Wickel ins Bad kamen! Der Erfolg war mehrfach unmittelbar. Diese Verbindung von Bad und Wickel hat außerdem noch den Vorzug, daß sie es erlaubt, die Packung durch das umgebende Wasser spezifisch zu temperieren, also gegebenenfalls vorübergehend abzukühlen oder, etwa bei Anämischen, gewissen Torpiden u. dergl., höher zu steigern, während beim einfachen Wickel ja der Patient sich selbst die Temperatur liefert. Ich möchte glauben, daß die Maßnahme wert ist, nachgeprüft zu werden.

Interessieren würde es mich, welche Temperatur Herr *Kreuser* für seine, wenn ich so sagen darf, vermittelnde Einpackung anzuwenden rät.

Schlußwort: Herr Medizinalrat Dr. *Kreuser* wendet warme, nicht kühle Wicklungen an.

Geschäftliche Bemerkungen: Der erste Geschäftsführer, Herr Prof. *Nissl*, einer im vorigen Jahre erfolgten Anregung folgend, schlägt als Versammlungsort für das nächste Jahr Tübingen vor. In Betracht käme noch Gießen. Die Versammlung erklärt sich einstimmig für Tübingen. Ebenso werden die Vorschläge, Herrn Professor *Wollenberg*-Tübingen und Herrn Medizinalrat *Kreuser*-Winnenthal zu Geschäftsführern der nächsten Sitzung zu ernennen, von der Versammlung einstimmig akzeptiert.

Als Gegenstand von Referaten schlug Herr Medizinalrat *Kreuser* ein wissenschaftliches und ein praktisches Thema vor, nämlich

1. Die psycho-pathologischen Affektzustände bei Nicht-Geisteskranken und
2. Erfahrungen über Nachtwachdienst.

Von Dr. *Lilienstein*-Nauheim wurde ein drittes Thema vorgeschlagen: „Alkoholistenbehandlung außerhalb der Irrenanstalten.“

Professor *Wollenberg* empfiehlt die Annahme nur eines Themas; in demselben Sinne sprach Professor *Weygandt*-Würzburg, indem er darauf aufmerksam machte, daß in Tübingen die der Erstattung des Referats einzuräumende Zeit erst recht beschränkt sein dürfte, da eine Besichtigung der Klinik wahrscheinlich sehr erwünscht sein wird. — Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder der Versammlung stimmten auch tatsächlich für die Aufstellung eines Referats. Professor *Nissl* empfiehlt, man möge sich für ein praktisches

Thema entscheiden mit Rücksicht darauf, daß in den letzten Jahren nur theoretische zur Diskussion gestanden seien. Mit Stimmenmehrheit wurde hierauf das von Herrn Medizinalrat *Kreuser* vorgeschlagene Thema: „Erfahrungen bei Nachtwachen in Irrenanstalten“ angenommen und Direktor *Krimmel-Zwiefalten* zur Erstattung des Referates bestellt.

Es folgen die Vorträge:

Herr *Spielmeyer*-Freiburg i. B.: Weitere Mitteilung über eine besondere Form von familiärer amaurotischer Idiotie.

Votr. verweist zunächst auf seine früher mitgeteilte Beobachtung einer bei vier Geschwistern in ganz gleicher Weise verlaufenen, im frühen Kindesalter erworbenen Verblödung, die sich mit Erblindung infolge von Retinitis pigmentosa komplizierte. Die Krankheit, die man ihren klinischen Grundzügen nach eine familiäre amaurotische Idiotie resp. famil. amaur. Demenz nennen könnte, hat mit der *Sachsschen* Krankheit klinisch und anatomisch nichts zu tun. Die histologische Untersuchung eines dieser Fälle hatte seinerzeit zu der Aufstellung eines neuen, von den bisher bekannten Rindenerkrankungen abweichenden, histologischen Gesamtbildes geführt, das sein besonderes Gepräge durch eine eigenartige allgemeine Ganglienzellerkrankung erhält.

Die seinerzeit ausgesprochene Vermutung, daß entsprechend der klinischen Kongruenz der Fälle auch das anatomische Substrat bei den anderen Fällen ein gleiches sein würde, hat sich bei der Untersuchung eines zweiten Falles bestätigt; der Befund hier deckt sich durchaus mit dem bei dem ersten Kinde. Auch hier makroskopisch nichts besonderes. Mikroskopisch dieselbe Ganglienzellerkrankung (Aufblähung der Zellen durch Einlagerung einer körnigen, hier und da pigmenthaltigen Masse). Mikroskopisch sind diese Veränderungen an den Ganglienzellen am schwersten (Kombinationen mit anderen Erkrankungsformen). Markfasern, Fibrillen, zellige und faserige Neuroglia, Gefäße wie im ersten Falle. — Die eigenartige Erkrankungsform der Ganglienzellen wird an Zeichnungen demonstriert (elektroes Zellbild *Nissls*, Fibrillenbild *Bielschowskys*).

Die Gleichartigkeit des anatomischen Substrates in diesen Fällen und die charakteristischen Züge des histologischen Gesamtbildes rechtfertigen den Versuch, den hier vorliegenden Krankheitsprozeß allein schon auf Grund der anatomischen Befunde als eine besondere Krankheitsform aus der Reihe der idiotischen Krankheitszustände auszuordnen. Späteren Versuchen einer klinischen Umgrenzung dieses Krankheitsprozesses, die auf Grund dieser einzelnen Beobachtung nicht möglich ist, sollte durch diese Untersuchung die pathologisch-anatomische Grundlage gegeben werden. (Eigenbericht.)

Diskussion: Herr *Weygandt*-Würzburg glaubt, daß der Votr. Recht behält mit seiner Abtrennung dieser Fälle von der *Sachsschen* Krankheit, auch wenn man letzteren Begriff erweitert im Sinne von *H. Vogt*, indem man Fälle

bis zu 16 Jahren und ohne den Maculabefund auch noch dazu rechnet. W. fragt an, ob sich an den Blutgefäßen der Fälle des Votr. irgendwelche entzündliche Erscheinungen beobachten ließen.

Herr *Spielmeier* erwidert, daß kein entzündlicher Prozeß (luischer Natur) wahrzunehmen war.

Herr *Heilpach*-Karlsruhe: Die pathographische Methode.

Die Psychopathologie ist neuerdings in geisteswissenschaftliche Probleme verwickelt worden, und einer der bekanntesten solcher Versuche sind die „Pathographien“, d. h. Krankheitsschilderungen aus dem Leben bedeutender Persönlichkeiten. Dabei wurden aber die Grenzen der psychiatrischen Kompetenz vielfach überschritten. Nicht jede Krankheit einer Berühmtheit ist Gegenstand der Forschung, sondern nur solche, die zu der Bedeutung des berühmten Mannes in einer Beziehung steht: also vor allem geistige Abnormalitäten und körperliche Leiden mit seelischen Nachwirkungen. Dies wird durch Beispiele (am Geisteszustand Schumanns, Napoleons, Goethes, Nietzsches, Beethovens) erläutert. An die pathographische Untersuchung soll sich nur der Fachmann wagen, d. h. der Mediziner, bezw. meist der Psychiater: was sonst herauskommt, zeigt die sensationelle Pathographie des Theologen Rasmussen über Jesus. Aber selbst für den Fachmann, der den rechten Stoff gefunden, sind der Gefahren noch genug. Gar leicht tritt die Verwechslung ein, der Pathograph solle mit dem Nachweis einer Krankheit das Genie herabsetzen, den Nimbus des Genialen zerstören. Beides hat aber gar nichts miteinander zu tun; denn etwas kann (wie *Moebius* es formuliert) „naturwissenschaftlich fehlerhaft“ und doch „ästhetisch erfreulich“ sein; ein Geisteskranker kann etwas Wahres und Schönes sagen usw. Der Pathograph hat also nichts für oder wider seinen Helden zu sagen, welches auch seine Diagnose sei. Es darf aus der Pathographie weder ein Werturteil abgeleitet, noch ein vorgefaßtes ihr übergeordnet werden, und erst recht darf sich keines in ihren Gang einmischen, z. B. dürfen nicht ungewöhnliche Ansichten als Symptome der Geistesstörung ohne weiteres beurteilt werden. Dies wird an dem „Fall Weininger“ erläutert. Sehr vorsichtig hat sich der Pathograph auch in der Beurteilung des „Milieus“ seines Helden zu verhalten; die Frage, ob die Wirkung eines Menschen auf seine Zeit aus pathologischen Zeitstimmungen heraus zu verstehen sei, ist sehr bedeutsam, aber sie gehört überhaupt nicht mehr in die Pathographie hinein. Psychopathische Seelenbestandteile, die von außen stammen, sind auf ihre Herkunft, den Grund ihrer Aneignung (z. B. Autorität, Suggestion) und die Veränderung bei der Aneignung hin zu untersuchen; ob sie aber dort, wo sie herkamen, auch schon abnorme Ideen, Stimmungen usw. waren, geht die Pathographie nichts an; dies zu ergründen ist Sache einer neuen, der sozialpsychopathologischen Fragestellung und Methodik. Redner gedenkt zum Schluß der bahnbrechenden Verdienste, die sich Dr. *Moebius* in Leipzig um die pathographische Methode erworben habe.

Diskussion: Herr Medizinalrat *Kreuser-Winnenthal*: Die klare Formulierung der Voraussetzungen für pathographische Darstellungen, wie sie uns der Herr Votr. gegeben hat, ist um so mehr zu begrüßen, als in Biographien hervorragender Männer, die das Unglück gehabt haben, geisteskrank zu werden, gegen diese Forderungen sehr gewöhnlich bedauerlich verstoßen wird. Am wenigsten pflegt es Laien zu gelingen, ihr Werturteil über eine Persönlichkeit in Einklang zu bringen mit der Diagnose einer geistigen Erkrankung. Als Beispiel hierfür möchte ich die kürzlich erschienene Lebensbeschreibung *Robert Mayers* von Dr. phil. *S. Friedländer* nennen. Um der Bedeutung des Mannes voll gerecht zu werden, glaubt der Verfasser die Tatsache einer Geisteskrankheit in Abrede ziehen zu müssen und hält sich für berechtigt, gegen *R. Mayers* psychiatrische Ärzte schwere Vorwürfe zu erneuern. Einer Richtigstellung steht zurzeit noch der § 300 des St.G.B. im Wege.

Herr Münzer-Heidelberg: Über Puerperalpsychosen.

Votr. berichtet über die Resultate, die eine Untersuchung von 101 Fällen von Puerperalpsychosen in der Heidelberger Klinik ergeben hat. Geprüft wurden dabei im wesentlichen die Fragen über Ätiologie, Häufigkeit, Formen und Dauer, Verlauf und Prognose der Puerperalpsychosen. Bezüglich der Häufigkeit konnte kein von den übrigen statistischen Feststellungen wesentlich verschiedenes Resultat gefunden werden. Die Frage der Ätiologie wurde nach verschiedenen Gesichtspunkten erörtert, als ausschlaggebendes ätiologisches Moment konnte aber nur wieder die von früheren Autoren bereits angeführte Erschöpfung und Überanstrengung des Körpers infolge des Generationsgeschäftes verantwortlich gemacht werden. Was nun die Formen der einzelnen Erkrankungen anbelangt, so bekämpft Votr. den von *Aschaffenburg* vertretenen Standpunkt, es gebe kein spezifisch puerperales Irresein. Allerdings wurden keine durch besonders spezifische Merkmale ausgezeichnete Puerperalpsychosen gefunden; immerhin aber weisen einzelne in den Kreis der Betrachtung gezogene Faktoren auf die klinische Sonderstellung der Puerperalpsychosen hin. (Eine ausführliche Wiedergabe des Vortrages wird an anderer Stelle erfolgen).

Autoreferat.

Herr Direktor Sioli-Frankfurt a. M.: Ist das heutige System villenartiger Pavillons für alle Irrenanstalten das allein richtige?

Der Entwurf der ehemaligen schematischen großen Korridorbauten der älteren Irrenanstalten konnte hauptsächlich dem Architekten überlassen werden. Seitdem die Individualisierung der Gebäude vorgeschritten ist und jedes Haus sich besonderen Kategorien von Kranken anpassen soll, seit die ganze Anstalt in kleine Pavillons und Villen zerfällt, ist die eingehende Mitwirkung des Psychiaters an den Bauplänen unerlässlich.

Grundideen bei dem neuen Anstaltsbau sind:

1. Gewährung großer Freiheit und Anregung für den einzelnen Kranken durch das familienartige Leben in den komfortablen Landhäusern, dadurch Vermeidung der Kunstprodukte der alten Irrenanstalten.

2. Trennung der Kranken in kleinere Abteilungen und dadurch Vermeiden der Belästigung ruhiger Kranken durch Unruhige, des gegenseitig sich Aufregens und der durch Imitation erzeugten Aufregungszustände bei Unruhigen.

3. Erleichterung der Beschäftigung durch näheres Wohnen und Mitleben im Arbeitsbetrieb, besonders dem landwirtschaftlichen, Gärtnerei und Werkstätten.

4. Anpassung an die modernen Bestrebungen der Bett-, Wachsaal- und Bäderbehandlung, Vermeidung des Gefängnismaßigen, Anschluß an das Krankenhausartige.

Es fragt sich nun, ob sich diese Ziele nicht zum Teil widersprechen und ob sie bei allen Kategorien von Geisteskranken in gleicher Weise verwirklicht werden können.

Wie diese Absichten und Ziele in den neuesten Anstalten verwirklicht sind, wird an einer Reihe von Plänen aus neuen Anstalten dargelegt.

Der Sammelatlas von Dr. Kolb hält leider nicht ganz das, was der Name verspricht. Er bringt Vorschläge und unerprobte Pläne und eine schematische Einteilung nach arithmetischen Größen von Anstalten, die nicht genug den verschiedenen, wirklichen Verhältnissen entsprechen; die Badeanlagen sind durchgehends zu klein projektiert.

Die Kritik der einzelnen in den letzten Jahren entstandenen Bauten ergibt, daß wir einige neue Versuche in großen Pavillons haben, z. B. in Berlin-Buch, die dennoch im Innern starke Individualisierung in kleinen Räumen zeigen; dort wie zum Teil in Dösen sind die Tageräume deutlich aus den erweiterten Korridoren entstanden.

In einigen der neuesten Anstalten ist nun aber die Kleinvillenanlage bis zu einem gewissen Schematismus gediehen, der fast anfängt, ein Architektensport zu werden.

Eine Reihe von weiteren Grundrissen der Villen kann man auf die ursprüngliche Alt-Scherbitzer Villa im H-Stil zurückführen, die bis Galkhausen verfolgbar ist, gewöhnlich aber einen etwas zu dunklen Mittelraum hat.

Andere Grundrisse gehen auf das Schema der Baracke zurück und scheinen zum Teil für kleinere Verhältnisse ziemlich zweckmäßig zu sein.

Große Verschiedenheiten finden sich bis in neuester Zeit bei Anlage oder Weglassen eines Einzelzimmerkorridors im Haus der Unruhigen.

Das Bestreben nach Individualisierung durch Anlage kleinerer Tages- und Nebenräume tritt in den Plänen von Johannistal und Weinsberg zunehmend hervor.

Aufs höchste ist dies Bestreben in der Bremischen Anstalt Ellen durchgeführt. Viele und kleine Abteilungen in relativ kleinen Häusern. Hier scheint mir die Durchführung dieses Bestrebens zu scheitern.

Diese villenartigen Häuser passen für agrikole Kolonien, nicht für größere städtische Anstalten mit vielen Aufnahmen schwer Kranker und Pflege-

bedürftiger. Es führt zu einer Belegung von Räumen mit Bettlägerigen ohne Daueraufsicht und permanente Pflege, was ich nicht für gestattet halte.

Bettbehandlung soll nur in Räumen mit dauernder Überwachung stattfinden. Die städtische Bevölkerung liefert aber zumeist verbrauchte Individuen, Paralysen, Senile, Organische, Verbrecher, die mindestens zur Hälfte Bettbehandlung bedürfen.

Für alle diese sind zahlreiche große Wachsäle die Hauptsache, ebenso für Anstalten in volkreichen Industriebezirken mit vielen Aufnahmen. Bei richtiger Irrenfürsorge würden noch mehr Anstalten hierunter fallen. Alle Aufnahmeanträge zu bewältigen, müßte die Hauptaufgabe aller Anstalten sein: für die chronischen Fälle genügen ganz einfache Bau- und Pflegeformen. die hochentwickelten kleinen Pavillons sind zu teuer und dadurch für die Irrenfürsorge schädlich.

In Württemberg wurden 1903 weniger als die Hälfte der Aufnahmesuche durch Aufnahme erledigt, die übrigen aus Platzmangel abgewiesen. gewiß kein idealer Zustand.

Es sind daher zu verlangen für Anstalten mit über 300 bis 400 bis 1000 Aufnahmen, wobei der Bestand je nach Behalten der chronischen Fälle zwischen 400 bis 1000 verschieden sein kann:

Vier Wachabteilungen für jede Geschlechtsseite in getrennten Pavillons. letztere mit je 50 bis 80 Plätzen.

1. Ruhige Beobachtung für Melancholische, Suicidale usw.

2. Unruhige Beobachtung für akut Erregte.

Diese verlangen reichliche Trennung und Individualisieren in mehrere Wachsäle mit höchstens je 10 bis 12 Betten, mehrere Bäder mit je 4 Wannen. Tagessäle, Einzelzimmer, 8 bis 10 bis 12 Pflegepersonen, 2 bis 3 Nachtwachen für Säle und Bad.

3. Wachabteilung für Halbruhige.

4. Wachabteilung für Gelähmte, Hilfsbedürftige sind zweckmäßiger in größeren Sälen unterzubringen. 2 bis 3 Wachsäle mit 18 bis 20 Betten. ferner Räume für nicht Bettlägerige, Bad mit 6 Badewannen. Tagessäle, 8 bis 10 Pfleger. 2 Nachtwachen.

Vorteile der größeren Häuser: Leichtere Verlegung in den Abteilungen. bessere Beaufsichtigung und Verwendung des Pflegepersonals, indem in jedem Haus mehrere ältere zuverlässige Hauptpfleger und ein Oberpfleger sein können.

Die moderne Individualisierung der Häuser findet also ihre Grenze in der Notwendigkeit der gemeinsamen Bett-, Bade- und Wachsaaalbehandlung in übersichtlichen Räumen durch zuverlässiges Personal. Städtische Anstalt muß nur Wachsaaalstation sein, krankenhausmäßig gebaut und gelegen.

Die agrikole und koloniale Einrichtung ist für diese Anstalten sekundär.

Herr Med.-Rat Kürz-Heidelberg: Der Fall Hirschberg als res judicata.

Der Vortrag, welcher in den „juristisch-psychiatrischen Grenzfragen“ ausführlich erscheinen wird, behandelt nicht den durch die Broschüre „17 Tage im Irrenhaus“ bekannt gewordenen Fall H. selbst, sondern nur die Entscheidung des Oberlandesgerichts, welche der ganzen Affäre den Schein größerer Bedeutung aufgedrückt hat. Das Oberlandesgericht hatte eine gegen die beteiligten Ärzte erhobene Klage der Fr. H. wegen Freiheitsberaubung zwar abgelehnt, aber „entschieden“, daß die Dame bei ihrer Einlieferung in die Irrenanstalt gar nicht geisteskrank war, die betreffenden Ärzte somit wenig kritisch und leichtfertig gehandelt haben. Diese Entscheidung, welche die Basis einer Reihe schwerer Angriffe sowohl der betr. Dame, als auch anderer auf die Irrengesetzgebung und die Psychiater bildete, ist, wie der Votr. nachwies, zwar legaliter, aber auf Grund eines sehr lückenhaften Untersuchungsmaterials und ohne Beiziehung eines Sachverständigen erfolgt, dürfte somit für den Eingeweihten jene sachliche Bedeutung, die ihr bisher zugeschrieben wurde, nicht beanspruchen können.

Diskussion. Herr Med.-Rat Kreuzer: Für die ausführliche Darlegung des Sachverhalts in diesem Falle dürfen wir dem Herrn Vortragenden gewiß sehr dankbar sein. Je mehr wir zugeben müssen, daß der Natur der Sache nach irrtümliche Beurteilungen bei der Krankenaufnahme nie ganz ausgeschlossen werden können, desto größer ist unser Interesse daran, jeden einzelnen Fall, in dem ein solcher Irrtum behauptet wird, nach allen Richtungen hin vollkommen aufgeklärt zu sehen. Nur dann können wir den Standpunkt, den wir im Interesse einer angemessenen und rechtzeitigen Krankenfürsorge einzunehmen haben, auch mit voller Entschiedenheit wahren, eventuell auch gegen eine richterliche Entscheidung.

Prof. Dr. Hache-Freiburg: Ich möchte mich zunächst dem Dank des Herrn Vorsitzenden an den Herrn Vortragenden anschließen, daß er diese Sache überhaupt hier zur Sprache gebracht hat. Ich speziell habe Anlaß dazu, weil ich sowieso vorhatte, diesen Fall an der Hand des gesamten Aktenmaterials in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Diskussion zu stellen.

Wir sind ja als Psychiater in solchem Falle nicht im Zweifel über diejenigen Erwägungen, die dabei Platz greifen müssen. Daß die Richter hier sehr gründlich im Zweifel gewesen sind, das hat ja das zum Teil vorgelesene Urteil erwiesen.

Es ist nun, wenn man dieses Urteil im einzelnen liest, eigentlich nicht wohl verständlich, wie ein hochstehendes Gericht sich mit einer Prüfung des Tatbestandes begnügt, die keine ganz beliebige Strafkammer als genügend ansehen würde. Es genügt im Strafverfahren gewöhnlich, wenn der Verteidiger sagt, daß der Verdacht auf Geisteskrankheit vorliegt, um zu veranlassen, daß ein Sachverständiger mit der Prüfung und Begutachtung des Geisteszustandes betraut wird. Ob es in diesem Falle möglich gewesen wäre,

die Frau Hirschberg zu zwingen, sich untersuchen zu lassen, das weiß ich nicht. Daß das Gericht aber jedenfalls in der Lage gewesen wäre, einen unbeteiligten Sachverständigen oder auch bei der Wichtigkeit der Sache mehrere auf Grund des Aktenmaterials und eventueller weiterer Vernehmungen zu hören, das kann billigerweise nicht bezweifelt werden.

Das Urteil weist eine Reihe eigentümlicher Stellen auf, auf die ich doch hinweisen möchte, weil sie sehr charakteristisch sind für die Stellung, die Juristen gelegentlich Geistesstörungen gegenüber überhaupt einnehmen.

Es findet sich z. B. der Passus, wie schon erwähnt, daß die Dame „nervös erregbar und leidend“ gewesen sei, so daß der Eindruck dem „einer seelischen Störung nicht unähnlich war“, und es wird dem leitenden Arzt der Irrenanstalt zum Vorwurf gemacht, daß er als Spezialist nicht imstande war, diesen ähnlichen Eindruck von einer wirklichen Geistesstörung zu unterscheiden. Soweit ist das Gericht auch gekommen, daß es zugibt, daß die Frau geisteskrank ausgesehen hat, und trotzdem übernehmen es die Richter auf Grund ihrer eigenen Sachkunde, zu entscheiden, daß die betr. Frau nicht geisteskrank gewesen sei.

Bemerkenswert ist dann weiter der Schluß, den das Gericht zieht, indem es sagt: Daß die Frau nach der Aufnahme einen Selbstmordversuch gemacht hat, ist kein Beweis dafür, daß sie überhaupt krank gewesen ist. Das Gericht sagt: dieser Selbstmordversuch in der Anstalt gibt der Darstellung der Pflegerin bezüglich „der Lebensüberdrüssigkeit einigen Schein von Glaubwürdigkeit.“ Da aber die Frau sich nach der Aufnahme umzubringen versucht hat, kann man daraus nicht schließen, daß sie abnorm war, sondern sie hat sich nur umzubringen versucht, weil sie eingesperrt war.

Das Urteil hat so viele anfechtbare Stellen, daß man über die Notwendigkeit einer objektiven Prüfung der Sache selbst dabei hinwegkommt. Man hat kaum mehr nötig zu fragen: War Frau Hirschberg geisteskrank oder nicht? Ich will Ihnen meine persönliche Meinung über diesen Punkt nicht vorenthalten, die dahin geht, daß Frau Hirschberg zweifellos geistig abnorm war, daß es sich bei ihr um schwere konstitutionelle Veränderungen gehandelt hat. Wer die Broschüre gelesen hat, hat den Eindruck einer ganz bestimmten Art von hysterischer Persönlichkeit mit einer ausgezeichneten Technik, die Dinge für sich günstig darzustellen, wie sie in solchen Fällen häufig zur Beobachtung kommt. Die Dame darf sich über diese Beurteilung nicht beklagen, nachdem sie selber an die Öffentlichkeit appelliert hat.

Die Bedeutung dieses Falles ist für uns natürlich nicht erschöpft mit der Feststellung, daß ein Gericht auf Grund einer vom psychiatrischen Standpunkte aus gesehen, objektiv unzulänglichen Untersuchung ein Urteil abgegeben hat; die ganze Frage hat für uns ein viel größeres Interesse, weil es sich um einen Fall aus der Reihe derer handelt, die immer wieder die Öffentlichkeit in ganz bestimmter Richtung beschäftigen und beunruhigen. Speziell der Fall Hirschberg ist neuerdings in einer juristischen Broschüre, die mit einem empfehlenden Vorwort von *Eulenburg* (der meines Wissens

niemals Irrenarzt war) in die Welt gegangen ist, als einer derjenigen Fälle verwertet worden, die beweisen sollen, daß es in Deutschland eine Kleinigkeit sei, geistesgesunde Leute in ein Irrenhaus einzusperren. Ich habe vor einiger Zeit in einer Besprechung der Arbeit (*Gaupp's Centralblatt*) Anlaß genommen, die Juristen zu ersuchen, daß sie erst einmal feststellen möchten, wie viele Jahre Untersuchungshaft in einem Jahre unschuldig verhängt werden, wie viele Geistesranke in jedem Jahre von den Gerichten verurteilt werden, und daß sie sich erst nach diesen Feststellungen die Reform der Psychiatrie angelegen sein lassen möchten.

Es wird Gelegenheit gegeben sein, bei Anlaß der Besprechung dieses Falles, sich auch mit den juristischen prinzipiellen Auffassungen zu beschäftigen. Und da ist charakteristisch die hohe Meinung, die die Richter zum Teil — ich spreche nur von den in diesem Falle hier an die Öffentlichkeit tretenden Richtern — von ihrem eigenen ärztlichen Wissen haben, mit welcher Sicherheit sie ihr eigenes Urteil in Dingen, zu denen nun eben einmal Sachkunde gehört, in entscheidender Weise in die Wagschale werfen. Und schon aus diesem Grunde darf dieser Fall nicht unter den Tisch fallen, sondern muß in aller wünschenswerten Öffentlichkeit und Ausführlichkeit besprochen werden.

Herr *Kohnstamm-Königstein* i. T.: Hohe Hämoglobinzahlen als Degenerationszeichen?

Durch ein zufälliges Zusammentreffen habe ich in der letzten Zeit bei zwei in den zwanziger Jahren stehenden Psychopathen einen Befund erhoben, dem möglicherweise allgemeinere Bedeutung zukommt. —

Bei dem einen Patienten, der nosologisch schwer zu klassifizieren ist, veranlaßte die tiefroten, häufig cyanotische Färbung der Lippen zur Blutuntersuchung. Während der viele Monate dauernden Beobachtungszeit bewegte sich der Hämoglobingehalt stets zwischen 125 und 140 $\frac{0}{0}$, mit den *Sahli-Gowerschen* Hämoglobinometer gemessen. Der Zirkulationsapparat war intakt, das Herz leistungsfähig. Körperanstrengungen hatten keinen Einfluß auf die Cyanose. Die Milz war nicht vergrößert. Bei diesem Patienten war trotz reichlichster Ernährung eine Zunahme des Körpergewichts nicht zu erzwingen. Vielleicht entsprach dem vermehrten Hämoglobin eine gesteigerte Verbrennung.

An Tagen mit stärker ausgesprochener Cyanose war die Nervosität wohl etwas gesteigert — möglicherweise ist der Kausalzusammenhang auch umgekehrt zu verstehen. —

Somit wies keine subjektive Beschwerde auf eine derartige Anomalie hin. Es bestand im Gegenteil fast völliges Wohlbefinden. —

Kraepelin berichtet in seinem Lehrbuch unter den vasomotorischen Symptomen der *Dementia praecox* unter anderem auch von Cyanose. —

Daß bei psychopathischen Zuständen eine auffallende Unabhängigkeit des Körpergewichts von der Nahrungsaufnahme vorkommen kann, ist allgemein bekannt. Nur bei den thyreogenen Erkrankungen ist diese Dispro-

portionalität durch den verminderten bzw. gesteigerten Betrag der Oxydationen hinreichend erklärt. —

Der zweite Patient, den ich nur relativ kurze Zeit beobachten konnte, litt an einer manisch-depressiven Psychose leichtesten Grades, (Cyklothymie. *Hecker*), die nach mehrwöchigem Aufenthalt in meiner Anstalt in Heilung ausging. —

Bei beiden Patienten konnten weder Abweichungen der Zahl noch des histologischen Charakters der Blutkörperchen festgestellt werden. Doch ist dieser Teil der Beobachtung nicht abgeschlossen. Ebenso wird es von anderweitigen Bestätigungen abhängen, ob man diese Hyperchromämie der Psychopathen als Degenerationszeichen ansehen darf. —

Herr *Berliner*-Gießen berichtet über einen in der dortigen Klinik beobachteten Fall von Kleinhirntumor (Kopfschmerzen, Erbrechen, Stauungspapillen. Nystagmus, statische Ataxie) mit psychischen Störungen, die den Äquivalenten epileptischer Anfälle sehr ähnelten. Außerdem traten Zwangsbewegungen des gesamten Muskelsystems auf, vom Charakter der willkürlichen, koordinierten Bewegungen, wie sie bisher erst einmal (von *Oppenheim*) beim Tumor cerebelli beschrieben worden sind. Daß es sich nicht um gewollte Bewegungen handelte, konnte, ebenso wie bei dem Kranken *Oppenheims*, leicht nachgewiesen werden, da das Sensorium meist frei war. Vortr. faßt diese Bewegungen als Folge einer Reizung der gesamten Kleinhirnrinde auf. Der Fall wird ausführlich zur Publikation kommen.

Der Vorsitzende, Herr Medizinalrat *Kreuser* schließt, nachdem das Programm erledigt ist, um 12^{1/2} Uhr die Sitzung.

Heidelberg und Straßburg i. E., November 1905,

Merzbacher. *Pfersdorff.*

76. Ordentliche Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 11. November 1905 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Aschaffenburg, Behrend, Braun, Deiters, von Ehrenicall, Erlenmeyer, Fabricius, Flügge, Foerster, Fuchs, Gerhartz, von der Helm, Herting, Herzfeld, Höstermann, Hoffmann-Düsseldorf, Huth, Kendenich, Kölpin, Kurella, Landerer, Lennep, Lückcrath, Müller, Oebeke, Pripers, Pelman, Peretti, Pfahl, Plempel, Rumpf, Rusak, Schmidt, Schmitz, Schröder, Schütte, Staehly, Stallmann, Steiner, Thomsen, Thyrisen, Umpfenbach, Vopschulte, Wagner, Wahn, Westphal, Wex, Witte.*

Als Gäste sind anwesend: *Friedel-Koblenz, E. Kirch-Krefeld, Kruse-Bonn, Langen-Andernach, Mosebach-Galkhausen, Schirbach-Bonn.*

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung und erwähnt zunächst den seit der letzten Tagung erfolgten Tod von *Heinrich Laehr*, an dessen Grab der Vorstand des Vereins einen Kranz niederlegen ließ. — Die Lese- und Erholungsgesellschaft in Bonn hat versprochen, dem Psychiatrischen Verein auch weiterhin ihre Räume zu seinen Sitzungen kostenlos zur Verfügung zu stellen. und der Vorsitzende wird beauftragt, dem Vorstand der Gesellschaft den Dank des Vereins dafür auszusprechen. Bei der statutenmäßig alle zwei Jahre stattfindenden Neuwahl des Vorstandes wird auf Antrag von *Steiner* der bisherige Vorstand (*Pelman, Oebeke, Umpfenbach*) durch Akklamation wiedergewählt.

Durch Akklamation werden ferner in den Verein aufgenommen:

Medizinalrat und Gerichtsarzt Dr. *Braun-Elberfeld*, Dr. *Kurella-Ahrweiler*, Dr. *Müller-Bonn*, Stabsarzt der Marine Dr. *Schmidt-Köln*, Dr. *Schoene-Neuß*, Dr. *Solbach-Siegburg*, Stabsarzt Dr. *Wagner*, Dr. *Witte-Grafenberg*.

Der Verein zählt jetzt 146 Mitglieder.

Es folgen die Vorträge:

a) *Aug. Hoffmann-Düsseldorf*: Progressive Muskelatrophie nach Trauma.

Die Unfallversicherung bringt es mit sich, daß chronisch Kranke jeder Art, auch wenn sie an einem progressiven Leiden erkrankt sind, die Ursache desselben gern in einer früher erlittenen Verletzung suchen. Es ist das nichts anderes, als was ja auch sonst häufig vorkommt, wenn Krankheiten anscheinend ohne Ursache entstehen. Die Patienten suchen dann in der vorhergegangenen Zeit nach Schädlichkeiten, die sie als Ursache der Erkrankung betrachten möchten. Die Unfallversicherung hat aber darin entschieden steigend gewirkt, daß insbesondere Fälle von progressiver Muskelatrophie einem Trauma zur Last gelegt werden. Von einer größeren Zahl derartiger Fälle hebt der Vortragende vier Fälle besonders hervor:

1. M. K., 44 Jahre alt, aus gesunder Familie, 1882 wegen Schulterblattlähmung vom Militär befreit, hat bis 1901 als Fabrikarbeiter arbeiten können. Damals Verbrennung der Arme und des Rückens durch ausströmenden Dampf, heftige Gemütserschütterung, Verbrennung 1. bis 2. Grades. Seither zunehmende Schwäche der Arme, besonders in den Schultern. Anfang 1902 wurde Dystrophia muscularis chronica diagnostiziert, seit der Zeit langsames aber stetiges Fortschreiten des Leidens. Zurzeit besteht starke Atrophie der Rückenmuskeln, Brustmuskeln und Schultermuskeln mit Ausnahme des Deltamuskels. Die Oberarmmuskeln sind fast gänzlich atrophisch, die Unterarm- und Handmuskeln normal entwickelt; Nates und Oberschenkel ebenfalls abgemagert; Wadenmuskulatur intakt; Gesichtsmuskulatur ebenfalls unverändert. Von Wichtigkeit war die Deutung der Schulterblattlähmung vor 22 Jahren. Da Patient trotzdem bis zu seinem Unfall schwere Arbeit getan hatte, unmittelbar nach dem Unfalle aber die Krankheit einsetzte und inzwischen doch recht weit vorgeschritten ist, so ist nicht anzunehmen, daß

die Dystrophie 22 Jahre lang bestanden hat. Es handelt sich jedenfalls um einen angeborenen Defekt der Serrati, von denen auch jetzt keine Spur zu entdecken ist. Da das Trauma einen in seinem Muskelsystem schwach veranlagten Menschen traf und unmittelbar nach dem Unfall der Ausbruch der Krankheit stattfand, so wurde die Möglichkeit eines Zusammenhanges der jetzt vorliegenden schweren Krankheit mit dem Unfalle nicht in Abrede gestellt. Das Reichsversicherungsamt entschied für den Schwächeren und billigte dem Mann Vollrente zu.

(Der Kranke wird vorgestellt.)

2. H. St., 57 Jahre alt, Schweißer, zeigte im Jahre 1898 an der rechten Hand beginnende Atrophie des Daumenballens und der Interossei; langsamer Fortschritt, der 1902 auch die linke Seite befiel. Bis jetzt ist das Leiden so wenig fortgeschritten, daß nur die feinen Handmuskeln und das untere Drittel der Vorderarme abgemagert ist, trotz 7 jährigen Bestehens des Leidens.

1903 fiel er mit der Schulter auf einen Eisenblock, es entstand ein Erguß in das Schultergelenk mit nachfolgender Steifigkeit desselben. Gefühls- und Reflexstörungen sind bei dem Kranken nicht zu finden. In den gelähmten Muskeln sind fibrilläre Zuckungen sichtbar, auch gelingt es in einigen Muskelbündeln Entartungsreaktion nachzuweisen.

Der Kranke zeigt die sehr seltene Form der spinalen Muskelatrophie (Type *Duchenne-Aran*). Der Unfall hatte keinerlei Einfluß auf das Leiden. Der Patient mußte der Muskelatrophie wegen invalidisiert werden. Die Steifigkeit der Schulter, die mit dem Leiden nicht zusammenhängt, wurde als Unfallfolge anerkannt und als solche mit 60% Erwerbsbeschränkung bewertet. Der Kranke bekommt wegen der Steifigkeit der Schulter Unfallrente, die Atrophie der Handmuskulatur würde nur Invalidenrente bedingen.

(Patient wird vorgestellt.)

3. A. R., 47 Jahre alt, seiner Angabe nach aus gesunder Familie stammend, doch hat Vortragender zufällig feststellen können, daß ein Bruder dieselbe Krankheit hat. November 1899 Quetschung beider Daumen, Mai 1900 Quetschung des linken Fußes, arbeitete bis November 1900. Damals trat Schwäche der Unterschenkel ein, so daß ihm der Gang beschwerlich wurde. 1901 Schwäche der Vorderarme und der Hände, langsames Fortschreiten der Krankheit mit Atrophie der kleinen Hand- und Fußmuskeln, sowie der Vorderarm- und Unterschenkelmuskeln. Gefühlsstörungen fehlen. Reflexe ebenfalls. Es handelt sich um einen typischen Fall von neuraler Muskelatrophie, eine Krankheit, die meist familiär auftritt und bei einem Bruder im gleichen Lebensalter aufgetreten ist. Die Verletzung erwies sich als so geringfügig, wie sie häufig vorkommt, ohne schwere Veränderungen zu hinterlassen; auch begann die Krankheit nicht an der der ersten Verletzung zunächst gelegenen Stelle, sondern in beiden Füßen, erst später kamen die Hände daran. Der Kranke wurde mit seinem Rentenanspruch abgewiesen.

4. H. F., 40 Jahre alt. Februar 1903 großer Schrecken infolge Bruch eines Schwungrades, welchem er zusah, ohne verletzt zu werden. September

1903 fiel er $\frac{3}{4}$ m tief von einer Leiter rücklings auf die rechte Seite und Vorderarme; kleine Hautwunde am linken Knie, einige Wochen nach dem letzten Unfälle Schwäche im rechten Arm, die vom behandelnden Arzt als Arbeitsparese angesehen wurde. Bald trat auch Schwäche im linken Arm auf, es zeigten sich fibrilläre Zuckungen und Atrophie der Handmuskeln. Steigerung der Sehnenreflexe an Armen und besonders an den Beinen: spastische Erscheinungen an letzteren und bald auch Bulbärsymptome, die rasch fortschreitend innerhalb $\frac{3}{4}$ Jahr den Exitus herbeiführten.

Es erhebt sich die Frage, ob das Leiden auf die Unfälle zurückzuführen sei? Der letzte Unfall war so unbedeutend, daß er wohl nicht in Frage gestellt werden konnte, dagegen der große Schrecken, den der Mann ein Jahr vor seiner Erkrankung erlitten hat, muß event. in Betracht kommen. Es ist immerhin eine schwierige Frage, ob ein bloßer Schrecken, der durch das Ansehen eines Unfalles entsteht, als Unfall gedeutet werden darf. Aber auch abgesehen davon, ergab die genaue Feststellung bezüglich des Kranken vor dem 3. Januar 1904 und des zuerst dem Arzte geklagten Schwächezustandes im rechten Arm, daß derselbe in einer ganz unglaublichen Weise überanstrengt war, 36 stündige Schichten folgten mit wenigen Stunden Unterbrechung aufeinander, und ein Fall schwerster Überarbeitung lag unmittelbar vor dem Ausbruch der Erkrankung vor. Wenn ein Mann ein volles Jahr lang nach dem Unfälle die schwerste Arbeit mit Übersichten und Überarbeit leisten kann, dann ihn ein Leiden befällt, welches in kürzester Zeit zum äußersten Höhepunkt fortschreitet, so ist wohl nicht anzunehmen, daß das Leiden schon das ganze Jahr hindurch latent bestanden hat. Es ist auch schwer verständlich, warum ein Schrecken gerade ganz bestimmte Leitungsbahnen des Rückenmarks schädigen soll und ganz bestimmte Nervenkerne im Gehirn?? Da wir von der Ursache dieser Krankheit bisher nichts wissen, wohl aber Kummer, Sorge und Überanstrengung in der Ätiologie eine gewisse Rolle zu spielen scheinen. Verletzungen dagegen so gut wie keine, so muß der Zusammenhang des Leidens mit dem Unfälle fraglich erscheinen. Das Reichsversicherungsamt entschied gegen den Kranken.

Die in ihrer Art lose zusammenhängenden Fälle, deren gemeinschaftliches Symptom eine Muskelatrophie progressiver Natur ist, sind demnach in ihrer Beurteilung außerordentlich verschieden zu deuten. Jedenfalls empfiehlt es sich, in allen solchen Fällen genaue anamnestische Erhebungen zu veranlassen. In der Tat wissen wir ja über den Zusammenhang mit Unfällen bei derartigen Erkrankungen außerordentlich wenig, theoretisch können wir uns kein Bild von dem Zustandekommen einer solchen Systemerkrankung durch einen Unfall machen, trotzdem steht praktisch für den Kranken außerordentlich viel auf dem Spiele. Es muß in jedem einzelnen Falle geprüft werden, ob irgend ein möglicher Zusammenhang existiert, und rein theoretische Erwägungen dürfen dabei nicht maßgebend sein. Für die Syringomyelie, die fünfte Abart der progressiven Muskelatrophie, ist es ja besonders durch die Arbeiten von A. Westphal jetzt entschieden, daß dieselbe häufig mit Blutungen

im Rückenmark kompliziert und somit mit Unfällen in ätiologische Verbindung gebracht werden kann. Bei den übrigen Muskelatrophien ist die Sache in jedem einzelnen Falle besonders zu prüfen, und es ist zu wünschen, daß mehr einschlägiges Material sich ansammelt und veröffentlicht wird, damit mit der Zeit diese Verhältnisse, welche theoretisch und anatomisch nicht klarzustellen sind, eventuell statistische Lösung finden; dabei muß größte Vorsicht walten, daß man nicht ein schon bestehendes progressives Leiden einer zufällig vorgekommenen leichten Verletzung in die Schuhe schiebt.

Eigenbericht.

Diskussion: *Steiner* hält ein großes Mißtrauen überall da für recht, wo sich an einen Unfall eine Erkrankung des Zentralnervensystems anschließt. Früher war es anders. Kann ein vorher völlig gesunder Mensch durch Stoß oder dergl. eine systematische Erkrankung des Zentralnervensystems kriegen? Eine Erschütterung kann eine Blutung im Rückenmark verursachen. In praxi haben wir es immer mit Menschen zu tun, von denen wir nicht wissen, ob sie vor dem Unfall völlig gesund waren. War der Betreffende schon vor dem Unfall nicht ganz gesund, so muß man Bedenken tragen, Unfall und Erkrankung in ursächlichen Zusammenhang zu setzen.

Westphal weist auf die Wichtigkeit der Ausführungen von *Hoffmann* hin. Jeder Fall hat seine Eigentümlichkeit, unterscheidet sich von jedem anderen. Bei Beurteilung der Paralyse nach Trauma kann man nicht vorsichtig genug sein! Es wird sich dann wahrscheinlich immer um andere Verhältnisse handeln. Die wirkliche Paralyse hat wohl immer noch andere Ursachen, wenn auch das klinische Bild dasselbe ist.

Rumpf rät, jeden Fall auf das sorgfältigste zu untersuchen. Die betreffenden Kranken wissen oft selbst nicht, daß sie vor dem Unfall bereits nicht ganz in Ordnung waren. Er erwähnt z. B. einen Fall von Syringomyelie, wo eine doppelseitige Serratuslähmung bestand, ohne daß der betreffende Kranke davon wußte.

b) *Aschaffenburg-Köln*: Bericht der in der letzten Sitzung gewählten Kommission.

Ich brauche Ihre Geduld nicht lange in Anspruch zu nehmen, um über die Tätigkeit der Kommission zu berichten. Es handelt sich um zwei Fragen: Die Beerdigung der Geisteskranken oder geisteskrank Gewesenen. Die Kommission hat den von mir vorgeschlagenen Wortlaut angenommen: „Unbeerdigt sind zu vernehmen Personen, deren Aussagen oder Wahrnehmungen durch Geisteskrankheit oder Geistesschwäche beeinflusst sind.“

Der auch hier schon gemachte Einwand, daß die Ausdrücke Geisteskrankheit und Geistesschwäche vieldeutig seien, wurde in der Medizinalbeamten-Versammlung in Heidelberg von *Weber-Göttingen* auch erhoben. Doch wußte er selbst nichts Besseres vorzuschlagen. Auch der Versammlung schien der Wortlaut offenbar zweckmäßig, nachdem ich darauf hingewiesen hatte, daß diese Ausdrücke ja nur im Zusammenhange mit der Beeinflussung

der Aussage oder Wahrnehmung zu verstehen seien. Daraufhin fand unser Antrag einstimmige Annahme.

Die Anregung des Herrn Kollegen *Ungar*, einen Antrag zu stellen, durch den der Unfug anscheinend wörtlicher Protokolle von Aussagen vermieden werden könnte, führte in der Kommission zu folgendem Antrage: „In das Protokoll dürfen als Aussagen in direkter Rede nur solche aufgenommen werden, die tatsächlich wörtlich niedergeschrieben sind. Dieselben sind durch Anführungszeichen als wörtlich aufgenommene Aussagen zu kennzeichnen. Handelt es sich hierbei um Antworten auf Fragen, so ist auch der Wortlaut der Frage wörtlich aufzunehmen und dies ebenfalls durch Anführungszeichen kenntlich zu machen.“ Dieser Vorschlag fand ebenfalls einstimmige Annahme, nachdem auf Wunsch von *Ungar* zu dem Worte „Antworten“ noch hinzugefügt worden war „Wichtige Antworten.“

Die Unterstützung, die wir durch die Medizinalbeamten-Versammlung gefunden haben, erstreckt sich nicht nur auf diese beiden Wünsche, die ich im Auftrage der Kommission und Ihrer Versammlung zu vertreten hatte. Es sind vielmehr eine Fülle der wichtigsten Fragen, die sich auf das Verhältnis Geisteskranker zur St.P.O. beziehen, erörtert worden. Es wäre sehr zu wünschen, daß die Anträge, die als das Ergebnis der Diskussion festgestellt wurden, und die sich im wesentlichen mit den Vorschlägen der Referenten decken, von unserem Reichstage angenommen würden. Unsere Kranken könnten dem Verein der Medizinalbeamten dafür nur dankbar sein.

c) *Kurella-Ahrweiler*. Über nervöse und psychische Störungen durch elektrische Einwirkungen am Telephon.

Der Vortragende zitiert 7 Fälle eigener Beobachtung aus den Jahren 1900—1904, bei denen unter dem Einfluße berufsmäßigen Telephonierens psychische oder nervöse Störungen auftraten. Fünf dieser Fälle waren hochgespannten Entladungen ins Telephon ausgesetzt gewesen; davon waren zwei Fälle durch atmosphärische, die anderen durch Starkstromentladungen getroffen worden. Keiner der Fälle verlief tödlich; drei davon hatten Erscheinungen, die an *M. Basedow* erinnerten, jedoch bestand in einem dieser Fälle auch Atrophie im Bereich der durch die Entladung affizierten Muskulatur der linken oberen Extremität. Vortragender zitiert andere Beobachtungen, die zeigen, daß multiple Sklerose, ein der Dementia paralytica ähnliches Krankheitsbild sowie sofortiger Tod durch Hochspannungsentladung am Telephon hervorgerufen werden können; im Anschluß an die von *Jellinek* vor zwei Jahren in seiner Elektropathologie dargestellten Untersuchungen wendet *K.* sich gegen die herrschende Tendenz, nervöse und psychische Störungen, die durch Unfälle am Telephon entstanden sind, stets als traumatische Neurosen aufzufassen, ihre Symptome immer als psychogen zu betrachten. betont, daß die Starkstromexperimente dafür sprechen, daß auch bei Telephonunfällen sehr wohl direkt physikalisch bedingte Läsionen des Herzens und des Nervengewebes, besonders Blutungen und Fissuren, auftreten können.

und verlangt, daß man sich nicht voreingenommen mit der fertigen Diagnose einer psychogenen Störung an die Behandlung und Begutachtung solcher Fälle mache.

(Der Vortragende hat inzwischen seine Fälle in Heft 5 der von ihm herausgegebenen „Zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiete der Elektrotherapie und Radiologie“. Leipzig, bei *A. Barth*, ausführlich publiziert).

Eigenbericht.

Diskussion: *A. Hoffmann*-Düsseldorf hat bisher bei vielfachen Starkstromverletzungen nur psychogene Störungen konstatieren können. Die Störungen der Herztätigkeit möge man nicht als für eine organische Läsion beweisend ansehen, da Störungen der Herztätigkeit jeglicher Art psychogen entstehen können. Auch dürfte eine einfache Übertragung der Resultate der Tierversuche auf den Menschen nicht statthaft sein, da einerseits wohl selten die Vorbedingungen im Unglücksfall beim Menschen genau liegen wie beim Tierversuch und andererseits die Reaktionsfähigkeit der einzelnen Organe, ganz besonders des Herzens, auf einen elektrischen Strom beim Tier und Menschen doch eine sehr verschiedene sein kann. Man kann bei freiliegendem menschlichen Herzen durch starke elektrische Schläge Bewegungsveränderungen hervorrufen, die keinerlei Nachteile für den Betreffenden haben, wie Vortragender noch kürzlich gezeigt hat. Die Unterschiede der Toleranz des Kaninchen- und Hundeherzens gegenüber elektrischen Schlägen sind schon so groß, daß man auch annehmen muß, daß zwischen einem Hundeherzen und einem Menschenherzen große Unterschiede bestehen. Die Ursache „Kummer und Sorge“ bei der amyotrophischen Lateralsklerose ist immerhin eine Verlegenheitsannahme, Tatsachen dafür, auf welchem Wege diese Momente den Ausbruch der Krankheit hervorrufen, sind nicht beizubringen, doch besteht wohl in dem chronischen Einfluß dieser Schädlichkeiten ein gewisser Unterschied gegenüber plötzlichem Schrecken, dessen Wirkungen doch meist rasch vorübergehend sind, Kummer und Sorge sind, nebenbei bemerkt, doch häufig als Ursache sonstiger Gehirn- und Geisteskrankheiten anzusprechen.

Steiner erklärt die von *Kurella* angeschnittene Frage für höchst aktuell. Bei hohen Spannungen können schwere Verletzungen auftreten, organische und funktionelle. Tod durch Blitzschlag ist Folge von Lähmung des Zentralnervensystems. Beim Telephon handelt es sich nur um sehr schwache Ströme. Die Post hat eine Starksicherung eingeführt und eine Feinsicherung; letztere funktioniert schon bei 0,2 Volt. *Steiner* hält es daher für ausgeschlossen, daß durch Telephon der Blitz in den Menschen einschlagen kann. Er erwähnt eine kleine Epidemie in Köln, mehrere Telephonistinnen erkrankten, obgleich das betr. Gewitter weit entfernt war. Die Krankheitsursache dabei ist der Schrecken, der psychogen wirkt. Herzflimmern hält *St.* beim Menschen für möglich: es ist jedenfalls ein gefährlicher Zustand.

Rumpf hält es für nötig, den Topf der sog. traumatischen Neurosen zu sortieren. Die Tachykardie nach Unfall ist nicht ohne weiteres nur rein

nervös. Die Erkrankungen nach Blitzschlag und Starkströmen sind unter Umständen auch organisch.

Peretti regt an, die Frage des Zusammenhangs von Trauma und Paralyse auf eine der nächsten Tagesordnungen zu setzen und ev. Referenten zu bestimmen.

Kurella glaubt nicht an den Nutzen der Sicherungen, die rasch durchschmelzen; ein kurzer elektrischer Schlag genügt schon, wenn er nur stark genug ist.

d) *Witte-Grafenberg*: Über das Quinquaudsche Phänomen.

Witte berichtet nach einem kurzen Überblick über die bisher erschienenen Arbeiten, welche das Quinquaudsche Phänomen behandeln (*Fürbringer*, *Hoffmann* und *Marx*, *Levicnik*, *Herz* u. a.), über die Untersuchung dieses Zeichens, welche er an 163 männlichen Kranken der Anstalt Grafenberg vorgenommen hat. Er fand bei 102 Trinkern dasselbe 39 mal (= 38% der Fälle); von diesen waren 24 Potatoes strenui mit 13 (= 54,2%) und 78 mittelstarke Trinker mit 26 (= 33,3%) Fällen von „Quinquaud“ vertreten und zwar mit 8 (= 33,3%), bez. 11 (= 14,1) Fällen von starker Ausprägung des Zeichens. Tremor manuum hatten von diesen 102 Kranken 85, und zwar starken Tremor 15 und mittelstarken 70; unter ihnen war das Phänomen 33 mal nachweisbar, während von 17 Kranken, welche frei von Tremor waren. 6 dasselbe darboten. Die 61 Nichttrinker, welche sich aus 25 Paralytikern. 4 Epileptikern und 32 Kranken mit Dementia senilis, manisch-depressivem Irresein. Dementia praecox und Paranoia zusammensetzten, wiesen das Zeichen in 6 Fällen (= 9,8%) in mittlerer Stärke auf.

Vortragender kommt danach, im wesentlichen in Übereinstimmung mit den Resultaten von *Fürbringer*, *Hoffmann* und *Marx*, zu dem Ergebnis, daß dem Quinquaudschen Phänomen eine nicht unwichtige symptomatische Bedeutung für den Alkoholismus gebührt, wenn es auch nicht, wie *Aubry* meinte, ein spezielles Zeichen des Alkoholismus ist, ferner, daß entsprechend der Meinung *Fürbringers*, der Tremor der Hände bei Potatoes an diagnostischem Wert demselben überlegen ist, daß ein innerer Zusammenhang zwischen Tremor und „Quinquaud“ nicht besteht, weiterhin, daß, bei einem Fehlen des Zeichens nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit Abstinenz oder Mäßigkeit im Alkoholgenuß anzunehmen ist, während eine starke Ausprägung desselben mit einer großen Wahrscheinlichkeit auf Alkoholismus hinweist.

e) *Landerer*-Andernach berichtet über verschiedene kleine Typhusepidemien und einzelne Typhuserkrankungen in den verflossenen Jahren in der Provinzialheil- und Pflegeanstalt in Andernach, bei welchen Hausinfektionen — wahrscheinlich auf dem Wege durch die Anstaltsküche — angenommen werden mußten, ohne daß es aber bisher gelang, der Infektionsquelle näher auf den Grund zu kommen.

Anläßlich einer größeren Epidemie in diesem Sommer und Herbst, bei welcher 34 Personen — Pfleglinge, Pflege- und Dienstpersonal — in verschiedenen Anstaltsgebäuden erkrankt waren, wurden auf Antrag des Bakteriologen Dr. *Friedel*-Koblenz Urin und Stühle des gesamten mit der Beköstigung beschäftigten Personals untersucht, wobei sich eine seit 7 Jahren in der Spülküche und Kochküche als Hilfskraft verwandte Geisteskranke als „Typhusträgerin“ entpuppte. Auf Grund dieses Befundes ist es nicht unwahrscheinlich, daß die Typhuserkrankungen auf die genannte Geisteskranke zurückzuführen sind.

Diskussion: *Friedel*-Koblenz, der die Untersuchungen in Andernach geführt hat, erwähnt, daß man seit etwa 2½ Jahren solche „Typhusträger“ kennt, das sind Leute, die den Typhus überstanden haben, aber noch Jahre nachher, bis zu 40 Jahren, Bazillen ausscheiden. Er selbst hat 15 solcher Träger im Regierungsbezirk Koblenz in Beobachtung. Die Bazillen, die sie ausscheiden, sind identisch mit den anderen Typhusbazillen und ebenso virulent, wenigstens für Tiere. Im einzelnen Fall ist es schwer nachzuweisen, ob sie einen Typhusfall in ihrer Umgebung verursacht haben. Die Gefahr solcher Leute ist verschieden groß, richtet sich auch nach ihrer Umgebung. Von den 15 genannten Trägern waren 8 ungefährlich, da ihre Umgebung bereits durchseucht war. In einem Fall waren im Laufe der Jahre 4 Typhusfälle beobachtet worden. Am gefährlichsten ist, wenn ein solcher Bazillenträger, wie in Andernach, imbezill ist und in einem großen Betrieb tätig ist. Dafür, daß die Person in Andernach schon lange Typhusträger ist, spricht der Ausfall der *Vidalschen* Reaktion; sie ist immer vorhanden, d. h. etwas Stationäres muß im Blut sein. Alles spricht in Andernach dafür, daß von Zeit zu Zeit gewisse Lebensmittel aus der Küche infektiös auf die Abteilung kamen.

Kruse glaubt auch, daß in Andernach zum mindesten die Wahrscheinlichkeit vorliegt, daß die betr. Person die letzte Epidemie, wo Typhusfälle auf allen Abteilungen der Anstalt vorkamen, verursacht hat. Er hält es nicht für sicher, daß sie auch die früheren Epidemien herbeiführte. z. B. die im Mai 1905, wo nur in einer Abteilung der Männerabteilung 8 Leute erkrankten. Die betr. Kranke hatte mit dieser Abteilung nichts zu tun. Er macht darauf aufmerksam, daß seines Wissens bisher noch nicht beobachtet wurde, daß eine Epidemie von einem Typhusträger ausging.

Rusak erkundigt sich, ob es in Andernach ausgeschlossen ist, daß die Kranken etwa Salat oder dergl. gegessen haben, der mit menschlichen Fäkalien gedüngt war.

Landerer erklärt dies für ausgeschlossen.

Kruse bestätigt dasselbe. Er erinnert daran, daß durch Kartoffelsalat mehrfach Typhusepidemien entstanden.

Friedel erwähnt, daß er auch in Andernach Kartoffelsalat verantwortlich machen möchte, der einige Tage vor Auftreten des ersten Typhusfalles

gegessen wurde. Auf Kartoffeln wachsen die Bazillen sich sehr rasch zu ganzen Kolonien aus.

Landerer hält dies nicht für möglich, da noch vier Wochen nach dem betr. Kartoffelsalat neue Erkrankungen vorkamen.

Oebeke macht darauf aufmerksam, daß auch schon vor 1897, d. h. bevor die betr. Kranke in die Anstalt kam, kleinere Typhusepidemien in der Anstalt in Andernach beobachtet wurden.

f) *Herting-Galkhausen*, Über Ansatzstücke für Darmeingießungen.

Herting macht darauf aufmerksam, daß noch kürzlich in einer medizinischen Wochenschrift den praktischen Ärzten die Verwendung gläserner Klystieransätze empfohlen worden sei, während an anderer Stelle von chirurgischer Seite über die Häufigkeit von Mastdarmverletzungen berichtet werde, die lediglich auf Klystiere zurückzuführen seien. Er teilt mit, daß es im Handel 1 cm dicke, weitgebohrte Mastdarmrohre gibt, welche, aus weichem Gummi gefertigt, stabil genug sind, um auch bei widerstrebendsten Kranken den Sphinkterverschluß mühelos zu überwinden, und so weich, daß After- oder Mastdarmverletzungen selbst bei ungeschicktester Handhabung völlig ausgeschlossen sind; die Verwendung von hellgrauem Gummi und Vermeidung seitlicher Öffnungen ermöglicht tadellose Sauberhaltung.

Zum Schluß erklärt sich die Versammlung auf Antrag des Vorsitzenden einverstanden mit dem Vorschlag von *Peretti*, die Frage des Zusammenhangs zwischen Paralyse und Trauma in Form eines Referates auf die Tagesordnung einer der nächsten Sitzungen des Psychiatrischen Vereins zu setzen, und beauftragt den Vorstand, einen oder mehrere Referenten dafür zu bestimmen.

Umpfenbach.

Kleinere Mitteilungen.

Der Arzt als Zeuge oder Sachverständiger vor Gericht. — Beschluß des Oberlandesgerichts Breslau (Str.-S.) vom 7. Oktober 1905: Die Entscheidung der Frage, ob der Beschwerdeführer für die Wahrnehmung des Termins am 13. Juli Anspruch auf Entschädigung als Sachverständiger oder nur als Zeuge habe, hängt nicht davon ab, ob er als Sachverständiger oder als Zeuge geladen oder beeidigt worden ist, sondern hängt lediglich davon ab, ob er ein sachverständiges Gutachten abgegeben hat oder nicht. Dieses muß bejaht werden, denn der Beschwerdeführer hat in dem Termine die an ihn gestellten Fragen beantwortet, ob der Angeklagte krank gewesen sei, woran er gelitten habe, und ob er imstande gewesen sei, trotz seiner Krankheit eine gewisse Wegestrecke zurückzulegen, und die Beantwortung der letzteren Frage erforderte eine sachverständige Schlußfolgerung aus den von dem Beschwerdeführer wahrgenommenen Tatsachen, d. h. ein sachverständiges Gutachten. (Ztsch. f. Med.-Beamte 1905, Nr. 24.)

Entmündigung wegen Geisteskrankheit. Begriff der Unfähigkeit der Besorgung aller Angelegenheiten. Urteil des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 23. Jan. 1905.

Materiell rügt die Revision Verletzung des § 6 Nr. 1 B.G.B. Derselbe setze eine Unfähigkeit zur Besorgung aller Angelegenheiten voraus. Geistige Gebrechen, welche den davon betroffenen nur verhindern, einzelne seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten zu besorgen, können zwar die Einleitung einer Pflegschaft, niemals die Entmündigung rechtfertigen. Hiermit setze sich das Berufungsurteil in Widerspruch. Es konstruiere eine rechtlich neue Entmündigungsmöglichkeit, indem es zwischen demjenigen Menschen, der alle seine Angelegenheiten, und demjenigen, der nur einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten nicht zu besorgen vermöge, noch eine dritte Gruppe einschiebe: nämlich diejenigen Menschen, die mehrere bestimmte Kreise ihrer Angelegenheiten nicht zu besorgen vermögen. Dieser Angriff geht fehl. Im Sinne des § 6 Ziff. 1 B.G.B. ist der Fall der

Entmündigung des Geisteskranken allerdings nur dann gegeben, wenn derselbe seine Angelegenheiten in ihrer Gesamtheit, nicht bloß einzelne von ihnen, zu besorgen außerstande ist. Dies verkennt aber das Berufungsgericht keineswegs. Indem dasselbe annimmt, daß der Kl. unfähig ist, seinen Vermögens- und Familienangelegenheiten vorzustehen, daß er nicht imstande sei, seiner Stellung im sozialen und öffentlichen Leben gerecht zu werden, will es hierunter nicht bloß einzelne Kreise der Angelegenheiten des Kl. begreifen. Es hält vielmehr nach seinen Feststellungen für dargetan, daß die Unfähigkeit des Kl.s in diesen Angelegenheiten tätig zu sein, nach der individuellen Lebensstellung des Kl.s die Unfähigkeit desselben zur Besorgung seiner Angelegenheiten in ihrer Totalität enthalte. Darauf allein aber kann es begriffsmäßig ankommen, und es ist bedeutungslos, ob der Kl. im übrigen in einer oder mehreren vereinzelter Richtungen Verfügungsfähig geblieben ist. (Ztschr. f. Med.-Beamte 1905, Nr. 19.)

Bei den Untersuchungen über die Soldatenmißhandlungen im Heere hat sich herausgestellt, daß ein erheblicher Teil der mißhandelten Soldaten schwachsinnig oder geistig minderwertig war. Geistige Krüppel gehören aber nicht ins Heer, und die Heeresverwaltung wird gewiß dankbar sein, wenn man ihr eine Handhabe bietet, wie die Einstellung geistig minderwertiger Mannschaft vermieden werden kann. Das wird am zweckmäßigsten dadurch durchgeführt werden können, daß Schul- und Militärbehörden Hand in Hand arbeiten. In den meisten deutschen Städten werden seit längerer Zeit schwachsinnige, schwachbefähigte Kinder in besonderen „Hilfsschulen“ unterrichtet. Ein Lehrer an einer solchen Schule wandte sich nach den „Hamb. Nachr.“ Ende vorigen Jahres in einer längeren Eingabe an das Generalkommando des 9. Armeekorps in Altona, um die Befreiung ehemaliger „Hilfsschüler“ vom Militärdienst aus den eingangs angeführten Gründen in Anregung zu bringen. Kurz darauf erhielt er vom Generalkommando die Nachricht, daß die in Anregung gebrachte Maßregel den Gegenstand weiterer Erwägung bilden werde. Das Generalkommando setzte sich darauf mit der hamburgischen Oberschulbehörde in Verbindung und erreichte, daß ihm von jetzt ab alljährlich Abschriften der Abgangszeugnisse und der Gesundheitsbogen der Hilfsschulen überwiesen werden, damit diese seinerzeit von den Ersatzkommissionen verwendet werden können. Da in neuerer Zeit solche Schulen in allen größeren und mittleren Städten bestehen, so ist die Möglichkeit gegeben, diese Maßnahme auch im übrigen Deutschland durchzuführen, wodurch das Kapitel der „Soldatenmißhandlungen“ jedenfalls eine wesentliche Einschränkung erfahren würde. Im Interesse des Heeres sowohl wie in dem der Rekruten wäre es zu wünschen, wenn der erfreuliche Beschluß der Hamburger Oberschulbehörde möglichst weit verbreitet und anderwärts Nachahmung finden würde. (Tgl. Rundschau).

Über Geschlechterforschung und Erbllichkeitshygiene.¹⁾ Von Dr. Hermann Lundborg, Privatdozent für Psychiatrie und Neurologie an der Universität zu Upsala.

Während der letzten Jahre bin ich mit der Erforschung einer seltenen und eigentümlichen Familienkrankheit (progressiver Myoklonus-Epilepsie), die in einem verbreiteten Bauerngeschlecht im südlichen Schweden recht häufig vorkommt, eifrig beschäftigt.

Diese Untersuchungen habe ich allerdings zu einem gewissen Abschluß²⁾ gebracht, indes merkte ich bei meinen Forschungen auf dem Lande bald, daß es wichtigere Fragen zu lösen gab. Das ganze Geschlecht war nämlich in hohem Grade degeneriert. Auf einem verhältnismäßig begrenzten Gebiet hatte ich also Gelegenheit, eine große Menge degenerativer Zustände zu studieren.

Die Glanzperiode des Geschlechts fiel in die letzte Hälfte des 18. Jahrhunderts. Damals stand es weit über anderen Geschlechtern der Umgegend. Seine Mitglieder erhielten den Zunamen: die Großen. Mehrere von ihnen wurden zu Reichstagsabgeordneten gewählt, einer von ihnen spielte sogar während der Freiheitszeit eine sehr bedeutende Rolle im Bauernstande. Indes fiel dieses Geschlecht im Anfang des 19. Jahrhunderts in der Zeit des Hausbedarfsbrennens schwerem Alkoholmißbrauch anheim. Es begannen sich Degenerationsphänomene zu zeigen, welche in beunruhigendem Grade zunahmen zufolge außerordentlich zahlreicher Verwandtschaftsehen. Jetzt, 100 Jahre später, befindet sich das Geschlecht im großen und ganzen in so traurigem Zustande, daß es an gewissen Orten wirkliche Auflösungstendenzen zeigt. Alkoholismus und Konsanguinität florieren noch. Noch heute herrscht große Fertilität im Geschlecht. Es ist nämlich keine Seltenheit, acht bis zehn Kinder in den Familien zu finden. Väter und Mütter sind indes nicht froh darüber, sondern haben sich stets eine weniger zahlreiche Nachkommenschaft gewünscht. Neuere präventive Mittel verwenden sie nicht, sondern sie haben den Ausweg ergriffen, daß die Mütter das Stillen soweit als möglich, im allgemeinen bis zu zwei Jahren ausgedehnt haben, in dem Glauben, daß eine neue Empfängnis dann nicht stattfinden könne. Die Erfahrung zeigt indes, daß ein solches langes Stillen auf die Dauer eine neue Konzeption nicht verhindert. Verschiedene von diesen Frauen müssen daher nicht nur ihr mehr als einjähriges Kind, sondern auch eine neue Leibesfrucht ernähren. Wenn sich dann für eine und dieselbe Frau Perioden dieser Art acht bis zehnmal wiederholen, so können wir uns leicht denken, in welchem elenden Zustande sie sich befinden muß, ehe sie noch das vierzigste Lebensjahr erreicht hat. Solche Frauen greifen gern zu stimulierenden Mitteln: Alkohol, vor allem aber Kaffee in großen Mengen, häufig stark mit Zichorien versetzt. Also

¹⁾ Aus einem Vortrag, gehalten im Upsalaer Ärzteverein.

²⁾ H. Lundborg, Die progressive Myoklonus-Epilepsie. Upsala 1903. Verlag von Almqvist und Wiksell. — Vgl. auch diese Ztschr., Bd. 60. Lit.-Ber. S. 109.

sind es die langen Stillungsperioden, die häufigen Wochenbetten und der viele Genuß von Zichorienkaffee unter den Frauen, welche in hohem Grade zur Degeneration des Geschlechtes beigetragen haben. Jedoch ist zu merken, daß ein Teil der Mütter zufolge Degeneration die Fähigkeit zu stillen verloren hat, was auch wieder von großer Bedeutung ist.

Endlich will ich auch erwähnen, daß, wie ich glaube, die Auswanderung nach Amerika und Australien während der letzten Jahrzehnte, die auch in diesem Teile unseres Landes sehr lebhaft gewesen ist, ebenfalls eine Verschlechterung des Geschlechtes bewirkt hat. Im allgemeinen dürften es nur die relativ gesündesten Individuen sein, welche ausgewandert sind. Die zurückgebliebenen, schlechter ausgerüsteten Individuen haben sich in großer Ausdehnung mit anderen minderwertigen Individuen desselben Geschlechts verheiratet. Und das Resultat davon kann man sich leicht denken.

Außerdem erfolgen natürlich auch noch verschiedene Übersiedelungen in andere Kirchspiele. Es ist möglich, daß diejenigen, welche sich rechtzeitig dem Auflösungsprozeß entzogen haben, im Geschlechte neue Geschlechter begründen können, die, wenn sie in günstigere Verhältnisse kommen, regeneriert werden. Ich selbst habe zwar die Verzweigungen des Geschlechts in anderen Gegenden nicht verfolgt, doch bin ich überzeugt, daß selbst in recht degenerierten Geschlechtern sich Möglichkeiten zur Regeneration vorfinden. Ein und dasselbe Geschlecht kann also Gelegenheit zum Studium der Degeneration wie Regeneration geben.

Andererseits gibt es natürlich ganze Geschlechter, welche im Aufsteigen begriffen sind. Ein genaueres Studium von solchen kann ebenso großes, vielleicht noch größeres Interesse bieten als die Erforschung verfallener Geschlechter.

Ferner möchte ich einige Worte über die Bedeutung der Geschlechterforschung vom rein medizinischen Standpunkt sagen. Diese kann wichtige Aufschlüsse für die Krankheitslehre geben. Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm, heißt es in einem alten Sprichwort, welches auch in bezug auf Krankheiten Anwendung finden kann. In einem und demselben Geschwisterkreise kommen oft gleichartige Anlagen vor. Wenn diese degenerativer Art sind, so entsteht bei dem einen eine ausgesprochene Nerven- oder Geisteskrankheit, bei dem anderen dagegen, das unter günstigeren Verhältnissen gelebt hat, nur Andeutungen von einer solchen Krankheit oder eine Krankheit, welche bei flüchtiger Betrachtung dem ersten Leiden sehr unähnlich erscheinen kann. So z. B. kann man in derselben Familie finden, daß eines der Kinder an Epilepsie, ein anderes an Dipsomanie und ein drittes an Migräne leidet, eine Tatsache, die nicht so ungewöhnlich ist. Dann ist man, wie mir scheint, völlig berechtigt, die Frage aufzustellen: Sind diese Krankheiten miteinander verwandt? Durch mühevollen klinische Forschung ist man wirklich dahin gekommen, diese drei Krankheiten trotz ihrer äußeren Verschiedenheit für verwandt zu halten. Ich glaube, daß man weit früher zu dieser Einsicht gekommen wäre, wenn die Bedeutung der Geschlechterforschung

den Ärzten früher klar gewesen wäre, so daß sie größere Aufmerksamkeit auf die nächste Verwandtschaft der Kranken gerichtet hätten. Als weiteres Beispiel sei angeführt, daß eine typische periodische Psychose, manisch-depressives Irresein in *Kraepelins* Sinne, und juvenile Dementia (*Dementia praecox*) im allgemeinen nicht in derselben Familie vorzukommen pflegen.

Es ist klar, daß man diese Methode mit Vorsicht anwenden muß, so daß man wesentliche und unwesentliche Zustände voneinander scheidet. Man hat natürlich kein Recht, z. B. eine Fieberkrankheit, welche zufällig ein Glied in einer Familie von gleichartiger Beschaffenheit befallen hat, mit einer Nerven- oder Geisteskrankheit verwandt zu halten, mit welcher einige andere in derselben Familie belastet sind.

Vielleicht die allerwichtigste Bedeutung der Geschlechterforschung liegt indes darin, daß sie der einzige sichere Weg ist, eine wirkliche Kenntnis von der Erblichkeit zu erhalten. Daß die Erblichkeit von durchgreifender Bedeutung für alles Leben und am meisten für den Menschen ist, das glauben wir zu wissen. Erblichkeitshypothesen haben wir freilich, prüfen wir aber das Material, auf welches diese aufgebaut sind, genauer, so müssen wir bekennen, daß dasselbe sehr mangelhaft ist. Warum ist dies so? Weil man einen kürzeren Weg hat gehen wollen. Solche Wege aber gibt es nicht. Wir werden genötigt, den mühevollen Weg zu wandern, wie ich ihn angedeutet habe, d. h. wir müssen Individuum nach Individuum, Familie nach Familie, Geschlecht nach Geschlecht untersuchen. Erst wenn ein solches Material gesammelt und bearbeitet worden ist, können wir allgemeingültige Erblichkeitsgesetze aufstellen — daß es solche gibt, daran zweifeln wir ja nicht.

Unser Land bietet viele Gelegenheiten, wahrscheinlich bessere als manches andere Land, zu Forschungen dieser Art und zwar aus mehreren Gründen. Unser Volk ist eine verhältnismäßig reine Rasse; er herrscht eine und dieselbe Sprache. Ferner ist die Bevölkerung noch vielerorts im Lande recht stationär, so daß man in einzelnen Gegenden eine große Anzahl Glieder eines und desselben Geschlechts antreffen kann.

In unserer Zeit darf das Unkraut, d. h. die Degeneration fast ganz unbehelligt wachsen und zwar in solcher Ausdehnung, daß es auf vielen Stellen im Lande die gute Saat erstickt. Überdies gibt es ganze Staaten in Europa, wo das Unkraut immermehr überhand zu nehmen scheint.

Dasjenige Volk, welches, solange es noch Zeit ist, die Bedeutung der Erblichkeitshygiene einsehen lernt und es vermag, sich nach deren Forderungen zu richten, kann der Zukunft mit Ruhe entgegengehen. Ein Volk dagegen, welches fortgesetzt degeneriert, wird sich in der Länge kaum im Kampfe ums Dasein oben halten können, wie militärisch gewappnet es auch erscheinen mag. Wir mögen uns daran erinnern, daß Pulver und Kugeln uns nicht vor Tuberkulose, Alkoholismus, Nerven- und Geisteskrankheiten wie vor anderen solchen Feinden der Gesellschaft schützen. Es wäre weit besser, wenn die Kulturstaaten, anstatt ihre Rüstungen und Waffen gegenein-

ander zu richten, ihre Einkünfte und ihre gemeinsame Kraft zur Bekämpfung von Feinden dieser Art verwendeten.

Ich hoffe und glaube, daß die Zeit nicht mehr allzu ferne ist, wo man geneigt wird, in sozialen Fragen den Worten des biologisch gebildeten Arztes mindestens ebenso viel Bedeutung beizulegen, wie denen des Geistlichen, des Juristen und des Kriegers.

Solche Gesichtspunkte sind es, die ich während meiner Forschungen in dem südschwedischen Bauerngeschlecht erhalten habe, Untersuchungen, die ich hoffentlich bald besser gerüstet und mit erneuter Kraft werde fortsetzen können.

Nekrolog Wagemann. — Am 1. November verstarb in Hannover an den Folgen eines schweren Kehlkopfleidens der Direktor der Fürstlich Lippeschen Irrenanstalt Lindenhaus bei Lemgo, Sanitätsrat Dr. *Wagemann*. Mit ihm ist ein unermüdlicher Vorkämpfer moderner Irrenpflege dahingegangen. Sein Name ist mit der Reform der genannten Anstalt innig verknüpft, so daß es eine Ehrenpflicht ist, der Persönlichkeit dieses Mannes hier in dieser Zeitschrift zu gedenken.

Wilhelm Wagemann war geboren am 31. März 1858 zu Hannover und entstammt einer alten Juristenfamilie. Er verlebte seine Kindheit in Celle, wo sein Vater später Oberlandesgerichtsrat war, besuchte das dortige Gymnasium und betrieb seine medizinischen Studien in Göttingen und Tübingen. Nach Absolvierung seiner Militärdienstplicht war er nacheinander Assistent in Wehen, in Heidelberg unter *Fürstner* und in Göttingen unter *Ludwig Meyer*. Im Jahre 1888 kam er als II. Arzt nach Lengerich i. W., wo er sich verheiratete. Am 1. Oktober 1896 wurde er zum Direktor der Fürstlich Lippeschen Anstalt Lindenhaus bei Lemgo ernannt, und hier setzt das eigentliche Lebenswerk *Wagemanns* ein.

Wagemann trat seine Stellung unter den schwierigsten Umständen an. Painliche Vorgänge, deren Schilderung nicht hierher gehört, hatten zur Dienstenthebung seines Vorgängers geführt. Das Vertrauen und Ansehen, das die Anstalt bisher genossen, hatte einen schweren Stoß erlitten. Die Verhältnisse nach außen und innen waren betribend. Es bedurfte geraumer Zeit, um die unter dem Personal arg gelockerte Disziplin wiederherzustellen. Der bauliche Verfall der damaligen Hauptgebäude jeder Geschlechtsseite verlangte Abhilfe. Am dringendsten vonnöten war eine solche beim alten Männergebäude, das ursprünglich ein Teil des Braker Schlosses gewesen war. Die äußere Ausstattung der düsteren Räume, die Heizung, die Beleuchtung und die Badegelegenheiten, alles das befand sich in einem äußerst primitiven und verfallenen Zustande. Daß hier Abhilfe geschaffen werden mußte, war klar. Aber woher die Mittel nehmen? Die Anstalt bezog bis auf einen winzigen jährlichen Zuschuß, die sogen. Lippstädter Rente, vom Lande keinen regelmäßigen Zuschuß. Dazu kam, daß die durch die Thronstreitigkeiten im Lande

erregte allgemeine Stimmung trotz des Wohlwollens der Staatsregierung allen nicht unbedingt notwendigen Ausgaben durchaus abgeneigt war. Dies ging soweit, daß von gewisser Seite der Vorschlag gemacht wurde, die Anstalt als solche lieber eingehen zu lassen und die Kranken in benachbarten Provinzialanstalten Preußens zu verpflegen. Damit hätte eine der ältesten deutschen Irrenanstalten, eine durch das Andenken an die Fürstin Pauline zur Lippe besonders ehrwürdige Schöpfung aufgehört zu existieren.

Wenn es auch gelang, diese Gefahr abzuwenden, so erwies sich die Einrichtung eines Aufsichtsrats für das von *Wagemann* geplante Reformwerk nur zu einem Teil förderlich. Der Landtag bewilligte wohl den Bau dreier Männervillen, versagte jedoch infolge des plötzlichen Umschwungs in der Haltung der im Aufsichtsrat sitzenden Landtagsmitglieder dem von der Regierung immer wieder vorgeschlagenen Bau neuer Frauenhäuser wiederholt seine Zustimmung. Wie sehr sich infolge dieser Vorgänge das Verhältnis des Direktors zu einzelnen Aufsichtsratsmitgliedern bald verschärft hatte, kam durch einen 1899 erschienenen Artikel der Psychiatrischen Wochenschrift zur allgemeinen Kenntnis.

Mit zäher Ausdauer und Geduld hat *Wagemann* allen diesen Schwierigkeiten gegenüber ausgehalten. Unermüdlich suchte er seiner Überzeugung in den maßgebenden Kreisen Gehör zu verschaffen. Wohl konnte auch ihn gelegentlich die Aussicht auf Undurchführbarkeit seiner wohlmeinenden Absichten vorübergehend mutlos machen, namentlich als der entsprechenden baulichen Reform der Frauenseite scheinbar unüberwindliche Schwierigkeiten sich in den Weg stellten. Aber er hatte auch die Freude, nach jahrelangen, harten Kämpfen durchzudringen. Auch auf der Frauenseite kam der Bau zweier Villen schließlich zur Ausführung. Nur die nicht überwachtungsbedürftigen und siechen Frauen verblieben im alten Frauenhause, das einen zweckentsprechenden Umbau im Innern erfahren sollte.

Das Reformwerk *Wagemanns*, wenn auch zur Zeit noch nicht abgeschlossen, bedeutet für die Anstalt einen gewaltigen Fortschritt. Es konnte für jede Seite eine zweite Wachabteilung für Unruhige geschaffen werden, es wurde eine bessere Gruppierung und Individualisierung der Kranken ermöglicht, durch die Einführung von Zentralheizung und elektrischem Licht die Feuergefahr auf ein Minimum reduziert. Hand in Hand damit gingen Maßnahmen zur Vermehrung und Hebung des Wartpersonals, dessen Ausbildung sich *Wagemann* besonders angelegen sein ließ. Besondere Erwähnung verdient noch die methodische Ausübung der Dauerbadbehandlung, die in den letzten Jahren in Lindenhaus zur Einführung kam.

Wenige Jahre nur trennen uns von der hundertjährigen Wiederkehr der Gründung der Anstalt. *Wagemann* hat dieselbe leider nicht mehr erleben dürfen. Aber daß die Anstalt sich würdig ihrer alten Vergangenheit bei dieser Gelegenheit wird präsentieren können und den Vergleich mit anderen, reicher dotierten Anstalten nicht zu scheuen braucht, wird sein unvergängliches Verdienst bleiben.

Das Bild wäre unvollständig, wollte man nicht auch der persönlichen Eigenschaften des Verstorbenen gedenken. *Wagemann* war eine offene, freundliche Natur, stets wohlwollend und hilfsbereit, gegen Fehler anderer nachsichtig. Er liebte Geselligkeit und verstand es, Behaglichkeit um sich zu verbreiten. Er war in glücklichster Ehe verheiratet, und sein Haus war durch seine Gastfreiheit bekannt.

Die ersten Anfänge seiner letzten Krankheit mögen längere Zeit zurückliegen. Schmerzen im Halse und eine Rauigkeit der Stimme veranlaßten ihn erst diesen Sommer spezialistischen Rat einzuholen. Die Exstirpation einer Lymphdrüse führte zu der traurigen Gewißheit, daß es sich um eine bösartige Neubildung handelte. Leider sollte seine Hoffnung durch eine radikale Operation der Krankheit Herr zu werden, nicht in Erfüllung gehen. Er starb wenige Tage nach derselben, betrauert von allen, die ihn gekannt. Ehre seinem Andenken.

Haberkant-Stephansfeld.

Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 20. und 21. April 1906 zu München stattfinden. Über das Thema: „Sprachstörungen bei funktionellen Psychosen mit Ausschluß der aphasischen Störungen“ wird Herr Professor *Heilbronner-Utrecht* ein Referat erstatten. Außerdem haben bisher Vorträge angemeldet die Herren Kollegen: *Alt-Uchtsprunge*: Ernährungstherapie der *Basedowschen* Krankheit. *Alzheimer-München*: Über den Abbau des Nervengewebes. *Gaupp-München*: Die nosologische Stellung des Querulantenwahns. *Gudden-München*: Über Heredität. *Nitsche-München*: Auffassungs- und Merkfähigkeit bei Alkoholisten. *Plaut-München*: Psychologische Untersuchungen bei Unfallkranken. *Weiler-München*: Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken. *Weber-Göttingen*: Gleichseitige Krämpfe bei Erkrankung einer Kleinhirnhemisphäre.

Anmeldungen weiterer Vorträge werden erbeten an Geheimrat Professor Dr. *Moeli* in Lichtenberg bei Berlin oder an Sanitätsrat Dr. *Hans Lachr* in Zehlendorf (Wannseebahn), Schweizerhof.

Die endgültige Einladung erfolgt Ende März.

„Deutscher Verein für Psychiatrie E. V.“ — Die Eintragung des Vereins in das Vereinsregister ist durch das Kgl. Amtsgericht I zu Berlin am 2. Dezember 1905 (Geschäftsnummer 88, V. R. 561) erfolgt (vergl. Satzung des Vereins § 3; diese Zeitschr. Bd. 62 S. 570).

Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie hat auf seine Umfrage, betr. die Einrichtung von Fortbildungskursen für Psychiater, seitens einer Anzahl von Regierungen und Selbstverwaltungskörpern die Zusage erhalten, daß sie einem oder mehreren Ärzten der ihnen unterstehenden Anstalten die Teilnahme an den beabsichtigten Kursen ermöglichen wollen.

Hiernach dürfte eine ausreichende Beteiligung gesichert sein und der erste derartige Kurs im nächsten Herbst zu Berlin stattfinden.

Ein internationaler Kongreß für Irrenfürsorge wird vom 26. bis 30. September dieses Jahres in Mailand stattfinden. Präsident ist Professor *Tamburini*, Generalsekretär Professor *Ferrari*. Dem Komitee zur Vorbereitung des Kongresses gehören aus Deutschland an Professor *Hoche*-Freiburg i. Br. und Professor *Alt-Uchtspringe*.

Ein Kurs der medizinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Erziehung der angeboren Schwachsinnigen wird vom 2. bis 7. April zu Gießen von den Herren Prof. *Sommer*, Priv.-Doz. *Dannemann*-Gießen, Prof. *Weygandt*-Würzburg und Seminarlehrer *Lay*-Karlsruhe abgehalten werden. Der Kurs wird folgende Themata umfassen: 1. Die verschiedenen Formen der Idiotie. 2. Ursachenforschung, Prophylaxe und Therapie im Gebiet der Idiotie. 3. Untersuchung der Schädelabnormitäten mit praktischen Übungen. 4. Medizinische Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Erziehung der angeboren Schwachsinnigen mit psychophysischen Übungen. 5. Experimentelle Didaktik mit Bezug auf die angeboren Schwachsinnigen. 6. Das Hilfsschulwesen. 7. Die Zwangserziehung. 8. Die strafrechtlichen Beziehungen des angeborenen Schwachsinnes. 9. Jugendlisches Verbrechen. 10. Der angeborene Schwachsinn im Militärdienst. Die Anstalten für Schwachsinnige usw. mit Besichtigungen. — Das genauere Programm der Vorträge und Übungen soll Ende Februar 1906 versandt werden. Die Einschreibgebühr wird je nach den Kosten der Vorbereitung usw. 10 bis 20 Mark betragen. Zu dem Kurs sind alle an der Behandlung und Erziehung der angeboren Schwachsinnigen ernsthaft interessierten Personen, besonders Ärzte und Lehrer, eingeladen.

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.

Dem Verein sind beigetreten:

Die Landespflegeanstalt zu Tapiau, Prov. Ostpreußen,
die Großherzogl. Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch, Baden,
die Heilanstalt Weinsberg, Württemberg.

Es wird gebeten, die Anstaltsberichte auch an den Berichterstatte für das Anstaltswesen im Literaturheft dieser Zeitschrift, Herrn Oberarzt Dr. *Schroeder*, Prov.-Anstalt zu Lüneburg (Prov. Hannover), zu senden. —

Das Verzeichnis der dem Verein angehörenden Anstalten wird vom Unterzeichneten auf Wunsch versandt.

Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn.

Dr. *Hans Laehr*.

Personal-Nachrichten.

- Dr. *Meltzer*, bisher in Großenhennersdorf, ist als 1. Arzt u. Anstaltsbezirksarzt an die vereinigten Landeserziehungsanstalten für Schwachsinnige u. Blinde in Chemnitz versetzt worden.
- Dr. *Alfred Richter*, Sanitätsrat, bisher Oberarzt in Dalldorf, ist zum Direktor der im Bau befindlichen städtischen Anstalt Buch,
- Dr. *Karl Knörr*, Oberarzt in Neuruppin, zum Direktor der im Bau befindlichen Provinzial-Anstalt Teupitz (Kreis Teltow) ernannt worden.
- Dr. *Reg. Pierson*, Sanitätsrat, hat die ärztliche Leitung der Privatanstalt Lindenhof zu Coswig bei Dresden dem Sohn seines Vorgängers u. früheren Leiter von St. Getreu in Bamberg, Dr. *Ferd. Lehmann* übergeben u. wird sich auf ärztlich beratende Tätigkeit und die Überwachung des wirtschaftlichen Betriebs beschränken.
- Dr. *Hub. von Grashey*, Ober-Med.-Rat in München, hat den Charakter als Geheimer Rat,
- Dr. *Konr. Alt*, Dir. der Prov.-Anstalt zu Uchtspringe, den Titel als Professor erhalten.
- Dr. *Hans Berger*, Oberarzt an der psychiatr. Klinik zu Jena, ist a. o. Professor an der dortigen Universität geworden.
- Dr. *Max Fischer*, Dir. der Heil- u. Pflegeanstalt bei Wiesloch in Baden, und Dr. *Bud. Mayer*, Dir. der Landesirrenanstalt Philipppshospital zu Goddelau (Hessen), sind zu Medizinalräten,
- Dr. *Karl Serger*, Dir. der Landesanstalt Strelitz,
- Dr. *Karl Werner*, Dir. der Prov.-Anstalt in Owinsk,
- Dr. *W. Petersen-Borstel*, Dir. der Prov.-Anstalt in Plagwitz,
- Dr. *Fr. X. Giggiberger*, Oberarzt an der Lothring. Bezirksanstalt bei Saargemünd zu Sanitätsräten,
- Dr. *Ernst Thoma* in Illenau und
- Dr. *Walter Fuchs* in Emmendingen zu Oberärzten ernannt worden.
- Dr. *Friedr. Siemens*, Geh. Medizinalrat, Dir. der Provinzialirrenanstalt zu Lauenburg,
- Dr. *K. Fürstner*, Hofrat, Prof. an der Kaiser Wilhelms-Universität zu Straßburg i. E.,
- Dr. *K. Moeli*, Geh. Medizinalrat, Prof., Hülsarbeiter im Kultusministerium und Dir. der städt. Irrenanstalt in Lichtenberg, und
- Dr. *Sander*, Geh. Medizinalrat, Dir. der städt. Irrenanstalt in Dalldorf, haben den kgl. Kronenorden III. Kl.,
- Dr. *Herm. Gock*, Sanitätsrat, Dir. der Landesanstalt in Landsberg a. W., den Roten Adlerorden IV. Kl. erhalten.
- Dr. *Arn. Hugo van Andel*, Generalinspektor der niederländischen Irrenanstalten, ist am 27. August 1905 im 70. Lebensjahre,
- Dr. *Wilh. Wagemann*, Sanitätsrat, Dir. der Anstalt Lindenhaus bei Lemgo, am 2. Nov. 1905 an den Folgen einer Kehlkopfoperation in Hannover gestorben.

Über das Gewicht des menschlichen Kleinhirnes im gesunden und kranken Zustande.¹⁾

Von

Dr. M. Reichardt, I. Assistent der Klinik.

Ebenso wie das Gewicht des gesamten Gehirnes wird auch das Kleinhirngewicht bei konsequenten Wägungen menschlicher Gehirne ganz verschieden groß angetroffen. Wenn von den meisten Autoren als Durchschnittszahlen für das menschliche Kleinhirn 130 bis 150 g angegeben werden, so haben doch diese Zahlen für die Beurteilung eines Kleinhirngewichtes im Einzelfall oft gar keinen Wert. Denn nach den Angaben aus der Literatur kann das absolute Kleinhirngewicht schwanken zwischen 60 und 200 g. Nach den Wägungen *Weisbachs*²⁾ schwanken sogar im gleichen (dritten) Lebensjahrzehnt beim männlichen Geschlecht die Kleinhirngewichte zwischen 114 und 177 g. Das in der hiesigen psychiatrischen Klinik beobachtete leichteste und schwerste Kleinhirn wog 80 bzw. 185 g. Es ist nun unmöglich, lediglich aus der absoluten Gewichtszahl zu beurteilen, ob ein Kleinhirn normal groß oder vielleicht „atrophisch“ ist. Ein Kleinhirngewicht von 110 g kann z. B. normal und proportional sein bei einem kleinen Großhirn und entsprechend kleinem Schädel. Ein anderes Kleinhirn von 130 g dagegen kann bereits, z. B. bei Paralyse, abnorm leicht sein, wenn der betreffende Kranke ein sehr großes Großhirn und einen sehr großen Schädel hatte. Gerade im Bereich der auch normalerweise bei Erwachsenen noch möglichen Klein-

¹⁾ Aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg (Professor *Rieger*).

²⁾ Arch. für Anthropologie Bd. I. 1866.

hirngewichte müssen Wörter, wie „Atrophie“ u. dergl. des Kleinhirnes vermieden werden, wenn man nicht wenigstens nachweisen kann, daß das betreffende Kleinhirn zu seinem zugehörigen Großhirn auch wirklich abnorm klein ist. Noch weniger darf allerdings von „Atrophie“ des Kleinhirnes gesprochen werden, wenn das Kleinhirn überhaupt nicht gewogen wurde, sondern lediglich der Augenschein bestimmte, ob „Atrophie“ vorgelegen haben könnte oder nicht. Wie sehr gerade der Augenschein bei dem Versuch der Konstatierung einer allfälligen Groß- und Kleinhirnatrophie täuschen kann, davon kann man sich bei jeder Sektion überzeugen, wenn man der objektiven Wägung und Untersuchung auf allfällige Atrophie die subjektive Schätzung vorangehen läßt.¹⁾ Man kann sich oft genug an Beispielen aus der Literatur überzeugen, daß das Wort „Kleinhirnatrophie“ angewandt wurde, ohne daß auch nur der geringste Beweis dafür erbracht wäre, daß das Kleinhirn auch wirklich „atrophisch“ gewesen ist.

Es geht hieraus hervor, wie wenig Wert die Feststellung des absoluten Kleinhirngewichts für sich allein in der Mehrzahl der Fälle hat. Das gleiche gilt ja auch vom Hirn- und Körpergewicht. Eine Hirngewichtszahl hat meistens nur Wert, wenn die zugehörige Schädelkapazität, — eine Körpergewichtszahl, wenn die betreffende Körpergröße bekannt ist. Es liegt nun am nächsten, bei dem Versuche einer Beurteilung, ob ein Kleinhirn zu leicht oder zu schwer ist, das Kleinhirngewicht in Beziehung zu seinem Großhirngewicht zu bringen. Falls das Gewichtsverhältnis $\frac{\text{Großhirn allein}}{\text{Kleinhirn allein}}$ bei der überwiegenden Mehrzahl der erwachsenen Menschen einigermaßen konstant ist, würde sich im Einzelfall auch annähernd entscheiden lassen, ob das betreffende Kleinhirn normal schwer ist oder nicht.

Was über das Gewicht des Kleinhirnes bis jetzt veröffentlicht wurde, findet sich zusammengestellt bei *Ziehen*²⁾. Die

¹⁾ Die entsprechende Äußerung von *Storch* (Zentralbl. f. Nervenheilk. 1901 Seite 47 unten) ist mir absolut unverständlich. Hat sich *Storch* niemals die Mühe genommen, das mit dem Augenmaß Abgeschätzte objektiv zu kontrollieren?

²⁾ Anatomie des Nervensystems. II. Lieferung. Jena, Gustav Fischer 1903. Seite 407 ff.

Mehrzahl der dort angegebenen Gewichtszahlen bewegt sich zwischen 130 und 150, wobei allerdings, wie *Ziehen* hervorhebt, von den einzelnen Autoren vielfach nicht hinzugefügt wurde, an welcher Stelle die Kleinhirnschenkel durchtrennt wurden, und ob das Kleinhirn mit oder ohne Pia gewogen worden ist. Es ist sogar möglich, daß überall da, wo höhere Durchschnittszahlen (160 und mehr) für das Kleinhirn genannt werden, die Brücke und andere Teile des Hirnstammes mitgewogen wurden. *Bischoff*¹⁾ unterscheidet (Seite 97) zwischen Kleinhirn und „kleinem Gehirn“ (d. h. Medulla oblongata, Pons, Kleinhirn und Vierhügel), — eine Unterscheidung, welche nur Verwirrung stiften kann und welcher es vielleicht zu danken ist, daß in älteren Tabellen²⁾ das durchschnittliche Kleinhirngewicht bedeutend zu hoch angegeben wurde. Das Gewicht der Vierhügel, Brücke und proximaler Medulla oblongata schwankt nach den in der hiesigen Klinik ausgeführten Wägungen gewöhnlich zwischen 25 und 35 g. Zieht man diese Summe von den auf Seite 98 genannten Zahlen *Bischoffs* ab, so erhält man ebenfalls Kleinhirngewichte, die sich meist zwischen 130 und 150 g bewegen.

Im folgenden soll erörtert werden, ob bei der überwiegenden Mehrzahl der Erwachsenen, und zwar bei normal großem Großhirn (im Verhältnis zur Schädelkapazität) und unter möglichster Ausschaltung aller Krankheiten, die zu einer Gewichtsvermehrung oder -verminderung des Gehirnes bzw. einzelner Teile desselben führen können, der Quotient $\frac{\text{Großhirn allein}}{\text{Kleinhirn allein}}$ (und zwar nach Entfernung der Pia) normalerweise ein annähernd konstanter ist, ferner wie sich dieser Quotient bei den einzelnen Krankheiten ändern kann, und endlich, ob und wie weit man bei einem auffallend hohen oder niedrigen Quotienten auf anormale Verhältnisse schließen darf.

Als Grundlage für diese Untersuchungen dienen mir die tabellarisch geordneten Resultate vieler während mehrerer Jahre vorgenommener Gehirnwägungen aus der hiesigen psychiatrischen

¹⁾ Das Hirngewicht des Menschen. Bonn 1880.

²⁾ *Vierordt*. Tabellen 1888, Aufl. I.

Klinik. Da es aber notwendig erschien, nach Möglichkeit wenigstens, Schädelkapazität, Körpergröße, Körpergewicht und Lebensalter der betreffenden Personen zu berücksichtigen, so konnte von dem gesamten Material an Gehirngewichtszahlen nur eine beschränkte Anzahl verwandt werden.

Die Schädelkapazität wurde in der Mehrzahl der hier angeführten Fälle bestimmt durch Eingießen von Wasser aus dem Meßzylinder in den mit Wachs wasserdicht gemachten mazerierten Schädel, der sich in der Sammlung der Klinik befindet. Bei den anderen Leichen, deren Schädel beerdigt wurden, wurde die Kapazität bestimmt nach der seit Jahren in der Klinik geübten und erprobten, anderwärts beschriebenen¹⁾ Methode der Wassereingießung in den Schädel bei der Sektion. Endlich ist bei einigen Personen, bei denen an der Leiche der faktische Schädelinhalt nicht bestimmt werden konnte, der mutmaßliche Schädelinhalt, am Lebenden gemessen, beigelegt. Diese Zahl ist selbstverständlich nur annähernd genau, pflegt aber der Wirklichkeit meist sehr nahezukommen.

Als normal groß ist, nach den in der Klinik gemachten Erfahrungen, beim Erwachsenen ein Hirn anzusehen, wenn sein Gewicht (mit Pia) in Gramm 10 bis 16% kleiner ist, als die zugehörige Kapazität in Kubikzentimetern. Meist beträgt die Differenz 12 bis 14%. Es läßt sich vorläufig nicht sagen, wo die Grenze gegen das Pathologische liegt. Wenn im folgenden Differenzzahlen von 17% an aufwärts als nicht mehr zum Normalen gehörig angesehen werden, so geschah dies mehr aus äußeren Gründen. Als sicher pathologisch dürfen wir vorläufig jedenfalls erst Zahlen von 20% und mehr Differenz ansehen. Diese Schwankungen der Gewichtszahlen innerhalb des Normalen sind gewiß zunächst überraschend. Daß die Grenzen nicht enger gesteckt werden können, mag zum Teil an unvermeidlichen Fehlerquellen bezw. Ungenauigkeiten liegen, liegt aber zum Teil auch an der Eigenart des Gehirnes, seinen Flüssigkeitsgehalt und damit sein Volumen und Gewicht intra vitam dauernd zu ändern, ohne daß ein Gehirn

¹⁾ Reichardt, Über die Bestimmung der Schädelkapazität an der Leiche. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 62, S. 787.

deshalb als pathologisch anzusehen wäre, wenn es 5% mehr oder weniger Wasser beherbergt.

Das Hirngewicht wurde derart bestimmt, daß das Gehirn zunächst mit Pia gewogen wurde, dann nach möglicher Entfernung der Pia; hierbei wurden auch die Ventrikel geöffnet und ein allfälliger Hydrocephalus internus ablaufen gelassen. Dann wurde der Hirnstamm an den Hirnschenkeln und das von der Pia ebenfalls möglichst befreite Kleinhirn an seinen Verbindungsarmen direkt am Eintritt in das Kleinhirn abgetrennt, die Großhirnhemisphären halbiert und so die einzelnen Teile gewogen. Die so gefundenen Zahlen müssen, zusammengerechnet, annähernd das Gewicht des Gehirnes ohne Pia erreichen, sie bilden so jederzeit eine erwünschte Kontrolle, ob richtig gewogen wurde. Einige Gramm Flüssigkeit, besonders bei „ödematösen“ Gehirnen, gehen beim Wägen der einzelnen Gehirnteile oft noch verloren. Diese kleinen Differenzen werden vernachlässigt. Diese Methode der Hirnwägung, seit vielen Jahren in der Klinik geübt, hat sich als durchaus rationell erwiesen. Sie wird neuerdings auch von *Marchand*¹⁾ empfohlen, doch ohne daß er sie selbst schon angewandt hätte. Die *Meynertschen* Wägungen, die z. B. auch *Ilberg* (Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 60) anwandte, wurden in der Klinik niemals angewandt. *Marchand* nennt sie mit Recht „ziemlich zwecklos“; zudem geben sie gar zu leicht zu Fehlschlüssen bezüglich allfälliger Gewichts-differenzen zwischen rechter und linker Hemisphäre Anlaß, da es unmöglich ist, die Stammganglien rechts und links genau symmetrisch auszuschneiden. — Die Gehirns-ektion wurde stets vor Eröffnung der Brust- und Bauchhöhle vorgenommen.

Marchand (ibid.) verwirft das Abziehen der Pia als unzweckmäßig. Im Gegensatz hierzu hat sich durch unsere Wägungen gezeigt, daß bis zu einem gewissen Grade die Differenz des Hirngewichtes mit und ohne Häute als Maßstab für den höheren und geringeren Flüssigkeitsgehalt der Pia und Ventrikel und vielleicht manchmal auch des Gehirnes dienen kann. Bei der Mehrzahl der Gehirne

¹⁾ Über das Hirngewicht des Menschen. Leipzig. B. G. Teubner. 1902. S. 395.

beträgt diese Differenz sehr konstant 40 bis 60 g. „Ödematöse“ Gehirne (z. B. Tod an Infektionskrankheiten) können 70, 90 und mehr Differenz haben. Andererseits wird oft die abnorme Trockenheit des Gehirnes bei Hirntumoren mit pathologischem Hirndruck, bei Hirnschwellung usw. durch eine abnorm geringe Differenzzahl ausgedrückt (20 bis 30 g). An den Stellen des Gehirnes, welche für die mikroskopische Untersuchung aufgehoben werden sollen, läßt man die Pia selbstverständlich im Zusammenhang mit der Hirnrinde, was durch oberflächliches Umschneiden der betr. Stellen vor dem Abziehen erreicht werden kann.

Hier sei bezüglich des Hirngewichtes folgende Bemerkung eingefügt: Wenn im Augenblick der Sektion ein Gehirn beispielsweise 1200 g wiegt, so ist damit nicht gesagt, daß es zwei Stunden vor dem Tode dasselbe Gewicht hatte; es könnte ja auch in jenem früheren Zeitpunkt nur 1100 g gewogen und der Schädelinnenraum dafür ca. 100 g Liquor mehr beherbergt haben. Zweifellos vermag nämlich das Gehirn, infolge unbekannter Prozesse, Volumen und Konsistenz erheblich zu ändern. Bezüglich seines verschiedenen Flüssigkeitsgehaltes ließe es sich vielleicht am besten mit einem automatisch sich vollsaugenden und die Flüssigkeit ebenso wieder abgebenden Schwamme vergleichen.

Wenn nun bei einem Paralytiker eine Differenz zwischen Schädelkapazität und Hirngewicht von 25% gefunden wird, so ist ebenfalls nicht erwiesen, daß dieser Kranke einige Stunden oder Tage vor dem Tode die gleiche Differenzzahl gehabt hat. Hatte er z. B. zufällig 2 Tage vor dem Tode einen vorübergehenden paralytischen Insult erlitten, so kann sich während des Insultes, infolge der plötzlich eintretenden Veränderung im Gehirn, die dem Insult zugrunde lag, auch das Volumen bzw. Gewicht (und die Konsistenz) erheblich geändert haben.

Es ist deshalb gewiß falsch, wenn man, etwa bei einer Differenz zwischen Schädelkapazität und Hirngewicht von mehr als 20% ohne weiteres von „Hirnatrophie“ reden wollte, wenn anders das Wort „Hirnatrophie“ nur in dem Sinne verstanden werden soll, daß ein irreparabler Untergang nervöser Substanz stattfand, dessen Resultat die gefundene Verkleinerung ist.

Wenn im folgenden Hirnatrophie, Hirnverkleinerung und Hirnschwund abwechselnd gebraucht wurden, so geschah dies aus sprachlichen Gründen und weil die Frage der „Hirnatrophie“ alles andere als geklärt ist. Im übrigen soll nicht verschwiegen werden, daß es vielleicht praktischer ist, wenn das Wort „Hirnatrophie“, unter dessen Etikette verschiedenartige Zustände sich verbergen, auch durch das allgemeineren Wort „Hirnverkleinerung“ ersetzt wird. Und in diesem allgemeineren Sinne will im folgenden auch das Wort „Hirnatrophie“ nur verstanden sein.

Es gibt zweifellos eine Hirnverkleinerung (Hirnatrophie im engeren

Sinne), welche — man kann dies z. B. an einem „atrophischen“ und sklerotisierten Kleinhirn sehen — lediglich Folge ist von Parenchymschwund und konsekutiver, aber bez. des zu ergänzenden Gewichtes ungenügender Gliawucherung. Dieser Hirnverkleinerung gegenüber steht jene, bei welcher die Verschiedenheit in Größe und Gewicht des Gehirnes lediglich Folge ist des verschiedenen Flüssigkeit(und Eiweiß)gehaltes des Gehirnes, ohne daß ein Untergang nervöser Substanz nachweisbar oder — bei dem gelegentlich sich, wie bei der Hirnschwellung, wahrscheinlich sehr rasch vollziehenden Größenwechsel des Gehirnes (oder seiner Teile) — überhaupt denkbar wäre.

Als Körpergewicht ist in den nachfolgenden Tabellen das Gewicht kurz vor dem Tode genannt worden. Da die Mehrzahl der Kranken, deren Tod vorauszusehen ist, in der Klinik täglich gewogen werden, können die Körpergewichtszahlen als sehr genau betrachtet werden. Unter dem Quotienten des Körpergewichtes wird verstanden der Quotient $\frac{\text{Körpergröße in Zentimetern}}{\text{Körpergewicht in Kilogramm}}$. Bei normal schweren Menschen liegt dieser Quotient gewöhnlich zwischen 2,0 und 3,0, und zwar bei großen Personen mehr bei 2,0, bei kleinen mehr um 3,0. Über Einzelheiten vergl. die demnächst erscheinende Arbeit von *Dreyfus* im Archiv für Psychiatrie (Bd. 41, S. 519). Im folgenden wird von diesem Körpergewichtsquotienten nicht mehr die Rede sein. Wenn das Wort Quotient gebraucht wurde, so ist stets der Groß-Kleinhirnquotient gemeint.

Man sollte nun meinen, daß bei sehr starker Abmagerung des Körpers auch das Hirngewicht niedriger würde. Dies ist aber nicht der Fall. Das Hirngewicht (im Verhältnis zu seiner Schädelkapazität) ist im höchsten Maße unabhängig vom Körpergewicht. Eine Begründung dieser Behauptung kann hier allerdings nicht erfolgen. Die Erörterung dieser Frage bildet vielmehr eine Arbeit für sich.

Das Maximum unserer tabellarisch geordneten absoluten Kleinhirngewichte¹⁾ liegt bei 130 g. Kleinhirngewichte von 120 bis 150 g sind jedenfalls etwas ganz Gewöhnliches und nicht irgendwie an sich auffallend. Jenseits 150 g stehen, wie ein Blick auf die Tabelle lehrt, nur noch Kleinhirn-

¹⁾ Die Pia des Kleinhirnes wurde vor dem Gewichtsbestimmen so gut wie möglich entfernt.

gewichte von Männern. Sonst ist ein deutlicher Einfluß des Geschlechtes auf das Kleinhirngewicht nicht wahrnehmbar. Über die Beziehung und den Einfluß des Greisenalters zum Kleinhirngewicht wird später ausführlicher die Rede sein.

In der Literatur wurde wiederholt das Kleinhirn in ein procentuales Verhältnis zum gesamten Hirn gebracht. In der hiesigen Klinik hingegen wurde vorgezogen, das Kleinhirngewicht nur in Beziehung zum Gewicht des (seiner Pia beraubten) Großhirnes zu bringen.

Die als normal anzusehenden Quotientenzahlen des Bruches $\frac{\text{Großhirn allein}}{\text{Kleinhirn allein}}$ liegen zwischen 7,0 und 8,5. Zahlen unter 7,0 und über 8,5 sind bei Personen, bei welchen atrophische oder zu einer Gewichtsvermehrung führende Prozesse des Groß- oder Kleinhirnes mit Sicherheit ausgeschlossen werden können, auffallend selten. Quotientenzahlen unter 6,5 und von 9,0 an aufwärts hingegen deuten in der ganz überwiegenden Mehrzahl auf irgendwelche pathologische Verhältnisse.

Wenn viele Autoren, welche über Kleinhirngewichte gearbeitet haben, die durchaus als normal anzusehenden Schwankungen des Kleinhirngewichtes bei den verschiedenen Personen hervorheben, so drücken sich diese Schwankungen auch in dem Spielraum aus, den die Quotientenzahlen 7,0 bis 8,5 anzeigen. Doch bietet das Berechnen des Quotienten insofern den großen Vorteil, als man mit erheblich größerer Sicherheit sagen kann, ob das betreffende Kleinhirn in einem zahlenmäßig richtigen Gewichtsverhältnis zu seinem Großhirn steht. Wenn eingangs erwähnt wurde, daß die absoluten Kleinhirngewichte zwischen 80 und 200 g schwanken können, so läßt sich an der Hand des Quotienten mit Leichtigkeit nachweisen, daß gegebenenfalls ebensowohl ein Kleinhirn von 80 wie von 200 g normal schwer sein kann. Und hieraus zeigt sich, daß, ähnlich wie beim Hirngewicht überhaupt, so auch beim Kleinhirngewicht die absolute Zahl oft recht wenig nützt, die relative Zahl dagegen eine weit bessere Anschaulichkeit besitzt.

Hiermit soll nun selbstverständlich nicht gesagt sein, daß ein Groß-Kleinhirnquotient, der sich in der normalen Spielraumgrenze von 7,0 bis 8,5 bewegt, für das betreffende Individuum

unter allen Umständen auch auf Fehlen pathologischer Verhältnisse zu schließen gestattet. Wenn z. B. bei einem angenommenen Gewicht beider Groshirnhemisphären von 1000,0 g sowohl ein Groß-Kleinhirnquotient von 7,0 wie 8,5 möglich und „normal“ ist, so würde das ein Kleinhirngewicht von 143 bzw. 118 g, also einen Spielraum von 25 g bedeuten. Hatte nun ein solches Großhirn von 1000 g ein zugehöriges Kleinhirn von 143 g (Quotient 7,0) und ist dann, z. B. durch Paralyse, das Kleinhirn um 25 g geschwunden, so würde sich dieser Gewichtsverlust noch immer nicht in einem abnorm hohen Quotienten ausdrücken. Der Quotient wäre 8,5, und man könnte aus ihm noch nicht herauslesen, ob irgendein pathologischer Prozeß im Spiele war, während klinisch vielleicht erhebliche Kleinhirnsymptome bestanden (zerebellare Ataxie). Tritt bei dem gleichen angenommenen Beispiel

$$\frac{\text{Großhirn allein}}{\text{Kleinhirn allein}} = \frac{1000}{143} = 7,0$$

eine nur mäßige Großhirnatrophie ein, so wird der Quotient rasch sinken und als zu klein erscheinen. War dagegen das Kleinhirn von vornherein nur 118 g schwer, so kann das Großhirn um 170 atrophieren, ohne daß der Quotient unter 7,0 sinkt. Die Großhirnatrophie verrät sich hierbei sehr bald unter Berücksichtigung der Schädelkapazität, nicht aber die Kleinhirnatrophie.

Das gleiche gilt auch *ceteris paribus* von pathologischen Gewichtsvermehrungen des Groß- oder Kleinhirnes.

Wenn ferner die beim Tode gefundene Groß-Kleinhirnquotientzahl 8,5 übersteigt, so hätte es nur einer geringen Atrophie bedurft, wenn das Kleinhirn angeboren schon leicht gewesen wäre, um den Quotienten auf 9,0, ja 10,0 zu bringen. — Es ist also hieraus ersichtlich, daß bei der Möglichkeit des Vorhandenseins krankhafter Prozesse, die mit Hirnatrophie oder Hirnvermehrung einhergehen, auch ein normaler Quotient mit Vorsicht behandelt sein will. —

Trifft man nun ein abnorm schweres (sehr niedriger Quotient) oder abnorm leichtes (sehr hoher Quotient) Kleinhirn, so entsteht außerdem eine andere Frage: ob nämlich dieses Kleinhirn angeboren zu schwer (zu leicht), oder erst im späteren Leben so geworden ist. Diese Frage wird im folgenden oft genug noch

berührt werden, ohne daß immer eine genügend befriedigende Antwort gegeben werden kann. Bei einem Teil der zu leichten Kleinhirne wird zweifellos die histologische Untersuchung die Antwort bringen können, wenn starker Parenchymausfall und eine beträchtliche Gliawucherung (Sklerose) es überwiegend wahrscheinlich machen, daß das Kleinhirn im späteren Leben erkrankt und atrophiert ist. Gibt es aber wie beim Gehirn überhaupt (s. o.) so auch beim Kleinhirn eine Gewichtsvermehrung oder -verminderung lediglich als Folge des verschiedenen Flüssigkeits- und Eiweißgehaltes, so wird man von der histologischen Untersuchung keinen genügenden Aufschluß erwarten dürfen, ob das zu leichte oder schwere Kleinhirn Folge einer erst im Leben hinzugetretenen Krankheit ist. In solchen Fällen wird die Frage nur mehr mit Wahrscheinlichkeit beantwortet werden können. —

Zur Erklärung der Tabellen diene folgendes: Unter „Hirngewicht“ ist das Gewicht des ganzen Hirnes mit der Pia verstanden; die Sektion fand meist 2—8 Stunden nach dem Tode statt. Unter „Differenz“ ist der Gewichtsunterschied vor und nach Abziehen der Pia (und Eröffnen der Ventrikel) gemeint. Der „Rest“ besteht aus Brücke, Vierhügel und proximaler Oblongata. Die Spalte „Schädelinhalt durch Hirngewicht“ bringt die Differenz in Prozenten beider Zahlen, wobei das Hirngewicht inkl. Pia verwendet wurde.

Bei diesem im Zeitraum vieler Jahre gesammelten Material ist es nur zu verständlich, daß die Untersuchungen nicht durchweg nach einem einheitlichen Plan durchgeführt wurden. Daher hier und da die Lücken in den Tabellen. Ähnliches gilt speziell auch von der histologischen Untersuchung. Wo von Gliaverhältnissen die Rede ist, ist stets nach der streng durchgeführten Weigert'schen Gliafärbung untersucht worden.

Tabelle 1 und 2 bringen Hirngewichtszahlen, wie sie den normalen Verhältnissen am nächsten kommen dürften. Die betreffenden Kranken haben an sogenannten funktionellen oder an infektiösen bzw. toxischen Psychosen gelitten. War somit eine stärkere oder pathologische Verkleinerung oder Vergrößerung des Gesamthirnes von vornherein unwahrscheinlich, so kann sie bei den Gehirnen der Tabelle 1 obendrein positiv ausgeschlossen werden, da hier die dem Gehirn zugehörige Schädelkapazität bekannt ist und die Differenz zwischen derselben und dem Hirngewicht sich innerhalb ganz normaler Grenzen bewegt.

Ein Blick auf diese Tabellen lehrt nun, daß bei diesen Gehirnen der Groß-Kleinhirnquotient zwischen 7,0 und 8,5 schwankt, derart, daß sich sowohl niedrige Quotienten bei kleinem, wie höhere Quotienten bei großem Gesamthirngewicht finden. Wenn ferner im allgemeinen dem Ansteigen des absoluten Gesamthirngewichtes auch ein Ansteigen des Kleinhirngewichtes entspricht, so kommen im einzelnen doch Ausnahmen vor, indem bei einem Gesamthirngewicht von 1300 g sowohl ein Kleinhirn von 130 g wie 150 g gefunden wird. Immerhin sind diese letzterwähnten Schwankungen, soweit unser Material ein Urteil gestattet, nicht sehr beträchtlich, so daß man behaupten kann: Im allgemeinen ist Größe und Gewicht des Kleinhirnes abhängig von der Größe und dem Gewicht des Groß(bzw. Gesamt)-hirnes.

Weshalb nun im Einzelfall solche Schwankungen vorkommen können, indem von 2 annähernd gleichgroßen und gleichalten Personen mit annähernd gleichem Hirngewicht die eine doch ein 15–20 g schwereres Kleinhirn haben kann als die andere, dafür lassen sich vorläufig keine Gründe anführen. Man müßte schon zu Hypothesen seine Zuflucht nehmen und etwa sagen, daß Personen mit schwererem Kleinhirn für schwierige koordinierte Bewegungen besser veranlagt sind, als Menschen mit kleinem Kleinhirn, da ja aus vielen klinischen Beobachtungen das Kleinhirn als wesentliches Organ für Koordination angesehen werden darf.

Speziell ist die Körpergröße ohne erkennbaren gesetzmäßigen Einfluß auf das Kleinhirn. Wenn *Weisbach* (l. c. S. 316 unten) sagt:

daß das Großhirn im Vergleich zum Gesamthirne mit zunehmender Körpergröße ab-, das Hinterhirn (und das Kleinhirn auch für sich allein) aber zunimmt,

so mag dieses Verhalten des Kleinhirnes sich bei Verarbeitung eines sehr großen Materials als das häufigere herausstellen, doch kann bei den vielen Ausnahmen, wie sie gerade auch hier unsere Tabellen zeigen, von einem gesetzmäßigen Einfluß der Körpergröße speziell auf das Kleinhirn nicht die Rede sein, ebenso wenig wie die Körpergröße einen gesetzmäßigen Einfluß auf das Gesamthirngewicht ausübt. Dem widerspricht durchaus nicht, daß viele große Menschen ein schwereres Gesamt (und Klein)-hirn haben, als viele kleine Menschen.

Tabelle 1. Normaler Groß-Kleinhirnquotient, bei funktionellen

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinisches
1	Krämer, Luzie	29	130	29	4,5	Katatonie	Nicht idiotisch. Ohne alle organischen Bewegungsstörungen. Ohne alle däre Sexualentwicklung (siehe S. 237). Stirbt an geplatzt aneurysma.
2	Häfner, Emma	22	—	—	—	Idiotie	Ohne alle Bewegungsstörungen. an Lungentuberkulose.
3	Goetz, Barbara	53	148	23	6,4	Melancholie	Ohne Bewegungsstörungen.
4	Düring, Adam	61	159	65	2,4	Epilepsie	Ohne organische Bewegungsstörungen. Tod an Pneumonie. Status epilepticus.
5	Keller, Barbara	66	150	55	2,7	Chronische diffuse Nephritis	Ohne Bewegungsstörungen.
6	Ebert, Martin	56	133	56	2,3	Kretinismus	do. Kann genügend lesen und schreiben. Krächzende Fistelstimme. An Genitalien genügend Behaarung. kein Bart. Hat noch einige Syndromen.
7	Beck, Wilhelm	42	173	60	2,9	Sepsis (Delirium acutum)	Ohne organische Bewegungsstörungen dergl. Tagelange Agone, nach stark Tobsucht.
8	Waidlein, Joseph	28	168	62	2,7	Epilepsie, Lungentuberkul.	Im 6. Lebensjahre apoplektischer Insult. Dann 4 Monate hemiplegisch rechts aphasisch. Dann wieder gesund. leichte Schwäche rechts.
9	Hub, Hermann	30	167	51	3,3	Delirium acutum	Ohne organische Bewegungsstörungen
10	Gutmann, Kilian	60	159	53	3,0	Melanch., Cystitis, Pyelitis	do.
11	Thomas, Bonifazius	53	165	42	3,9	Katatonie	Tod an Lungentuberkulose und Herzmuskeldegeneration.
12	Noeth, Barbara	64	150	34	4,4	Lungentuberkul.	Ohne Bewegungsstörungen.
13	Nikolaus, Dorothea	42	156	46	3,4	Sepsis	do.
14	Fries, Konrad	60	179	99	1,8	Pyämie	Hemiplegie ohne organischen Herd 3 Tage vor dem Tode. Sonst ohne Bewegungsstörungen.

hosen. Normales Verhältnis zwischen Schädelinhalt u. Hirngewicht.

	Großhirn		Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt		Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
	rechts	links				mutmaßlich	faktisch		
0	490	485	120	25	8,1	—	1250	8	Keine zerebrale Arteriosklerose. Keine Ependymitis granularis usw.
—	—	—	120	—	7,1	1200	—	14	do.
—	498	491	125	30	7,5	—	1320	14	do.
30	550	550	130	30	8,5	1500	—	14	do.
45	465	465	135	30	7,0	—	1250	9	do.
—	540	540	140	40	7,0	—	1500	14	do.
70	585	580	140	25	8,3	—	1560	11	do.
70	552	508	140	30	7,6	1530	—	15	Porenzephalischer Herd in der Gegend des linken Gyrus angularis.
60	561	550	140	25	8,0	—	1500	10	Keine Arteriosklerose oder Ependymitis granularis.
40	520	510	145	—	7,1	—	1450	14	do.
—	516	516	145	30	7,0	—	1415	15	do.
65	535	525	150	40	7,0	—	1480	11	Kein besonderes Ödem. Speziell auch keine Änderung der Konsistenz des Kleinhirns.
30	540	540	150	30	7,2	—	1400	8	
80	600	600	160	35	7,5	—	1700	13	Makroskopisch mäßiges Hirnödem. Keine zerebrale Arteriosklerose od. Ependym. granul. Histolog. akute Zellerkrankung. Glia passiv.

Tabelle 2. Normaler Groß-Kleinhirnquotient bei funktionellen

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe	Gewicht	Quotient	Diagnose	Klinisches
			cm	kg			
1	Holleber, Adam	44	156	46	3,4	Delirium tremens	Ohne organische Bewegungsstörungen, ausgenommen die durch das Delirium verursacht.
2	Müller, Ursula	54	151	32	4,7	Paranoia	Myodegeneratio cordis. In den letzten Tagen Fieber — wahrscheinlich septische Sepsis.
3	Weinreich, Sophie	37	156	62	2,5	Periodische Melancholie	Tod im Aufregungszustand, wahrscheinlich nur als Folge des der Geistesstörung zugrundeliegenden Vorganges im Gehirne.
4	Kuchenmeister, Margarete	64	—	—	—	Epilepsie	Tod im Status epilepticus. Keine organischen Bewegungsstörungen.
5	Nasser, Elise	21	—	—	—	Melancholie	Tod an frischer verruköser Endocarditis.
6	Keller, Lorenz	55	163	49	3,3	Delirium tremens	Starker Tremor. Gewaltiges universelles Zittern während des Deliriums.
7	Stamm, Anna	58	153	35	4,3	Katatonie	Keine organischen Bewegungsstörungen. Tod an Erschöpfung; war schon vor der Aufnahme sehr dekrepid.
8	Forster, Karl	64	177	82	2,2	Zirkuläre Geistesstörung	Stirbt an Pneumonie und Schrumpfung. Keine organischen Bewegungsstörungen.
9	Schoppellrey, Karl	63	176	60	2,8	Melancholie	Stirbt an septischer Infektion.
10	Deichselberger, Joseph	40	166	49	3,4	Katatonie	Tod wahrscheinlich nur Folge des Geistesstörung zugrundeliegenden Prozesses.
11	Fuchs, Richard	37	—	90	—	Delirium tremens	„Groß, breit, stattlich, mit majestätischem Kopf.“

Psychosen. Schädelkapazität nicht bekannt.

	Großhirn		Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädel- inhalt		Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
	rechts	links				mut- maßlich	faktisch		
	492	488	115	25	8,1	—	—	—	—
0	525	525	120	20	8,7	—	—	—	—
40	522	522	120	30	8,7	—	—	—	Mäßig starke Hyperämie.
—	—	—	125	—	7,4	—	—	—	—
—	557	563	125	25	8,7	—	—	—	—
90	476	468	135	21	7,0	—	—	—	Viele Blutungen im verlängerten Mark. Beginnende hämorrhagische Entzündung an einzelnen Stellen dasselbst.
—	—	—	135	—	8,0	—	—	—	—
50	565	575	150	30	7,6	—	—	—	Kein Gehirnnatherom oder Ependy- mitis granularis. Etwas Hirn- ödem.
30	610	610	150	—	8,0	—	—	—	do.
40	573	573	150	30	7,6	—	—	—	—
—	—	—	185	—	8,0	—	—	—	—

Bezüglich des Einflusses der Todesursache auf das Gewicht des Gesamthirnes (und des Kleinhirnes) sei hier bemerkt, daß bei Erwachsenen zu Tode führende Infektionen in der großen Mehrzahl der Fälle keinen nachweisbaren Einfluß auf das Hirngewicht haben, und zwar auch bei „Hirnödem“, unsere Tabellen, speziell die Berücksichtigung der Schädelkavität, beweisen. Zwar gibt *Marchand* an (l. c. S. 397), daß auch Infektionen eine Gewichtsvermehrung des Gehirnes verursachen können. Doch hat er hierbei in erster Linie vom kindlichen Gehirn gesprochen; das kindliche Gehirn reagiert vielleicht

Tabelle 3. Normaler Quotient

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinisches
1	Müller, Margarete	55	150	36	4,2	Paralyse	Tabes. Sehr starke Ataxie. Störung. Zuletzt Beugekon-
2	Feidner, Anna	57	150	27	5,5	do.	Parese eines Rectus internus. Patellarreflexe. Sonst nichts. Keinen spinalen oder zerebellaren Störungen.
3	Rümer, Peter	50	167	61	2,7	do.	Tabes. Sprachstörung. Geringes Zittern an Armen und Stirbt interkurrent an Erysipel
4	Österer, Leonhard	61	166	61	2,7	do.	Allgemeines, wenig hochgradiges Taumelnder Gang. Pupillen spastisch.
5	Wolf, Georg	45	169	50	3,4	do.	Von Haus aus idiotisch. Akute Pupillen, Patellarreflexe normal
6	Hofmann, Kilian	32	—	54	—	do.	Pupillenstarre. Heftigste Tobsucht Paralyse.
7	Büchs, Heinrich	41	—	66	—	do.	Pupillenstarre. Stirbt interkurrent Melanosarkom.

viel leichter mit Quellung und Gewichtsvermehrung auf Infektionen und sonstige Reize, als das Gehirn eines Erwachsenen. Geringere Grade von Hirnvergrößerung lassen sich allerdings, wegen des großen Spielraumes der oben angegebenen Differenzahlen zwischen Kapazität und Hirngewicht, bis auf weiteres nicht sicher erkennen. So könnten bei der Kranken Nr. 13 auf Tabelle 1 (8% Differenz) vielleicht erste Anfänge einer infektiösen Hirnvergrößerung vorliegen. Ferner ist auf Tabelle 2 bei den Kranken Nr. 2 und 5 der Groß-Kleinhirnquotient sehr hoch. Möglicherweise handelt es sich um ein angeboren leichtes Cere-

lyse, ohne Hirnatrophie.

Differenz	Großhirn		Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt		Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
	rechts	links				mutmaßlich	faktisch		
9	435	475	110	20	8,7	—	1350	16	Etwas Ependymitis granularis. Beträchtliche Gliawucherung, besonders in der Molekularschicht des Kleinhirnes, weniger in dessen Marksubstanz. Geringe tabische Hinterstrangerkrankung.
—	—	—	120	—	7,0	—	1200	15	Lumbalmark leichte tabische Degeneration.
55	465	455	135	30	6,8	—	1350	16	Keine Ependymgranulierung. Leichte tabische Hinterstrangveränderung.
70	480	480	140	30	6,9	—	1430	16	Keine Ependymgranulierung oder zerebrale Arteriosklerose.
—	594	594	165	30	7,0	—	1525	10	—
—	—	—	165	—	7,2	—	1630	13	—
—	—	—	170	—	7,7	—	1770	13	Leichte Hinterstrangerkrankung im oberen Halsmark.

bellum oder aber um eine infektiöse Schwellung vorwiegend der Großhirnhemisphären. In diesen Fällen würde die Kenntnis der Schädelkapazität entscheiden. Eine isolierte Schwellung des Kleinhirnes als Folge einer Infektion anzunehmen (z. B. bei Nr. 12 und 13. Tabelle 1), liegt zunächst kein Grund vor. Es wird sich hierbei wohl um von jeher so schwere Kleinhirne handeln.

In den folgenden Tabellen 3 und 4 sind Kleinhirngewichte zahlen gebracht von Kranken mit paralytischer und seniler Geistes-

Tabelle 4. Normaler Quotient bei Dementia

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinisches
1	Pfrang, Katharina	88	145	36	4.0	Dementia senilis	Außer mäßig starkem senilen keine Bewegungsstörungen. Lie-herum.
2	Kunz, Margarete	75	142	28	5.0	do.	Taumeliger Gang. Lallende Spr-
3	Forst, Johann	80	156	46	3.4	do.	Starkes Zittern am ganzen Körp-
4	Schenkel, Joseph	78	—	—	—	Senium, alte Dem. praecox	—
5	Haßfurter, Kuni-gunde	69	147	26	5.6	Dementia senilis	Keine organischen Bewegungsstö- Nur zuweilen Zittern. Nicht d bettlägerig. Stirbt an Erysipel
6	Rüger, Marie	51	152	40	3.8	Hämorrhagia cerebri	Alte Hämorrhagie. Rechtsseitig s gelähmt. Aphasie. Tod im Ma
7	Schwarz, Barbara	79	143	39	3.6	Dementia senilis	Keine Bewegungsstörungen.
8	Geißler, Anna	72	159	34	4.7	do.	Außerordentlich stark spastisch wenig Tremor und Intentions

önung, Erweichungsherden usw., — also Krankheiten, die mit
 matrophierenden Prozessen einhergehen können. Eine stärkere,
 urch das Gewicht nachweisbare universelle Hirnatrophie fehlt
 er bei den Gehirnen beider Tabellen, da die Schädelkapazität
 id das Hirngewicht sich in einem normalen Verhältnis befinden.
 a der Groß-Kleinhirnquotient sich ebenfalls innerhalb der als
 ormal anzusehenden Grenzen bewegt, ist man berechtigt, auch
 eine stärkere Kleinhirnatrophie anzunehmen. Der Quotient ist

is usw., ohne Hirnatrophie.

	Großhirn		Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädel- inhalt mut- maßlich	Schädel- inhalt faktisch	Schädelinhalt in % dividiert durch Hirngewicht	Anatomisches
	rechts	links							
1	410	390	100	20	8,0	—	1200	16	Arterienatherom. Erweichungsherd im linken Okzipitallappen.
2	—	—	100	20	8,2	—	1100	11	—
3	460	470	110	20	8,5	—	1300	13	Starkes Arterienatherom. Keine Ependymitis granularis.
4	490	490	110	55	8,9	—	1430	16	do.
5	415	415	115	23	7,2	—	1150	12	Kein Atherom.
6	510	432	115	30	8,2	—	1350	16	Herd in der linken Hemisphäre. Kein stärkeres Atherom.
7	504	515	130	25	8,0	1416	—	12	Sehr geringes Atherom.
8	465	460	135	30	7,0	—	1300	14	Sehr geringes Atherom. Vereinzelt etwas Gliawucherung in der Mole- kularschicht und etwas perivasku- läre Gliose im Mark des Klein- hirnes. Rückenmark ohne deut- liche Degenerationen.

einigemal hoch (8,7, 8,9) oder tief (6,8) und erreicht mit diesen Zahlen die äußeren Grenzen des normalen Groß-Kleinhirnquotienten. Man wird diese Fälle als Übergänge zu den pathologischen Gewichtsverhältnissen ansehen dürfen.

Weniger starke atrophische Vorgänge im Kleinhirn (bis zu 20 g) drücken sich, wie oben gezeigt, in dem Groß-Kleinhirnquotienten unter Umständen nicht aus. Denn je höher das absolute und relative Kleinhirngewicht war, um so weniger wird bei isolierter Kleinhirnatrophie, der Quotient anormal werden. Die Kranke Nr. 1 auf Tabelle 3 hätte ebensogut ein Kleinhirn von 130 g haben können mit dem Quotienten 7,4; sie hat vielleicht auch vor Beginn der Paralyse ein schwereres Kleinhirn gehabt, als bei der Sektion. Es ist jedenfalls sehr bemerkenswert, daß die Kranke nicht bloß klinisch sehr starke Ataxie hatte, welche durch die Intensität der Rückenmarkskrankheit nicht genügend erklärt wurde, sondern auch anatomisch eine beträchtliche pathologische Gliawucherung, die jedenfalls auf eine stärkere Erkrankung des Kleinhirns hinwies. Hat diese Kranke also eine Kleinhirnatrophie gehabt, so sind ihre bei der Sektion gefundenen Hirngewichtszahlen ein Beweis dafür, daß sich unter Umständen eine mäßig starke, aber eventuell klinisch schon Symptome machende Kleinhirnatrophie nicht immer in einem abnorm hohen Quotienten auszudrücken braucht. —

Über einen möglichen bzw. wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Kleinhirnschwund und Bewegungsstörungen soll später noch die Rede sein. Im allgemeinen eignen sich Paralytiker nicht für das Studium dieser Frage wegen der neben der allfälligen zerebellaren gewöhnlich auch bestehenden zerebralen und spinalen Erkrankung. Wenn z. B. Paralytiker aus spinalen und zerebralen Gründen die stärksten Bewegungsstörungen aufweisen, wenn sie über Jahr und Tag keinen Schritt mehr haben gehen können, so braucht deshalb das Kleinhirn nicht irgendwie atrophisch gefunden zu werden. Auch geht hieraus hervor, daß es eine „Inaktivitätsatrophie“ des Kleinhirnes in diesem Sinne jedenfalls nicht gibt.

Die Personen der Tabelle 4, größtenteils im Greisenalter stehend, sind durchweg klein, unter 160 cm. Ebenso sind ihre

absoluten Kleinhirngewichte klein und die Mehrzahl der Groß-Kleinhirnquotienten hoch (8,0 und mehr). Dies könnte also zunächst im Sinne des oben zitierten *Weisbachs*chen Satzes sprechen, daß bei kleinen Menschen das Kleinhirn auch relativ leichter und kleiner ist, im Verhältnis zum Großhirn, als bei großen Menschen. Indes ist hierbei zu berücksichtigen, daß unsere alten Personen der Tabelle 4 fast durchweg mehr oder weniger starke Altersverbiegungen der Wirbelsäule gehabt haben, wodurch sie kleiner erscheinen. Hiermit wächst aber auch die Merkwürdigkeit der Häufigkeit eines leichten Kleinhirns bei alten Leuten. Es ist jedenfalls denkbar, daß bei der senilen Hirnerkrankung, die ja nicht selten auch zum Schwund des Gesamthirnes führt, häufig, wenn auch nicht mit gesetzmäßiger Regelmäßigkeit, das Kleinhirn früher und stärker atrophirt, als das Großhirn, und daß das senile Zittern, die statische Koordinationsstörung und das öfters zu beobachtende Intentionswackeln der alten Leute mit Kleinhirnveränderungen zusammenhängen, die bei längerem Bestehen und stärkerer Intensität gewiß auch zu nachweisbarem Kleinhirnschwund führen können. Dementsprechend finden sich auch bei einigen unserer Kranken auf Tabelle 4 solche Bewegungsstörungen angegeben.

Daß das Kleinhirn im Greisenalter besonders an Gewicht abnehme, betont auch *Weisbach*. Indes leiden doch die Grundlagen zu seinen Ausführungen an erheblichen Mängeln; es fehlt z. B. die genaue Angabe der Körpergröße und der Schädelkapazität völlig. Ferner ist noch folgendes denkbar: Wenn es wirklich das häufigere Verhalten ist, daß kleine Personen auch kleinere Gesamthirne (und somit Kleinhirne) haben, als große Personen, so könnten die kleineren Durchschnittszahlen für die Kleinhirngewichte im Alter auch dadurch sich erklären lassen, daß überhaupt mehr klein und grazil gebaute Menschen ein höheres Alter erreichen, als groß und robust gebaute.

Darum sei nochmals betont, daß die obige Annahme: Das Senium könne zu einer besonderen Kleinhirnverkleinerung führen, noch nicht als bewiesen angesehen werden darf, sondern nur als Möglichkeit zu betrachten ist. Die andere Möglichkeit, daß unsere Kranken der Tabelle 4, als kleine Personen, ein angeboren

kleines Kleinhirn haben, bleibt daneben bestehen. Wie weit hier die histologische Betrachtung des Kleinhirns, speziell auf Gliawucherung, zur Entscheidung herangezogen werden darf, müssen weitere Untersuchungen lehren.

Am Schlusse dieser Tabellen über Kleinhirngewichte mit normalem Quotienten und normaler Differenz des Hirngewichtes zur Schädelkapazität. sei noch kurz auf die Kleinhirngewichte bei Kindern eingegangen. Über dieselben besitzt die Klinik keine eigenen Wägungen. Doch ergibt sich aus dem von *Pfister*¹⁾ veröffentlichten Material die meines Wissens zuerst von *Rieger*²⁾ betonte und gebührend hervorgehobene überraschende Tatsache, daß zwar beim neugeborenen Kind (Quotient $\frac{\text{Großhirn allein}}{\text{Kleinhirn allein}}$ schwankt zwischen 11,0 und 18,0) das Kleinhirn im Verhältnis zum Großhirn noch sehr klein ist, daß aber schon in den ersten 9 Lebensmonaten das Kleinhirn bedeutend schneller wächst, als es dem Wachstum des Großhirns entspräche, so daß im 9. und 10. Lebensmonate der Groß-Kleinhirnquotient bereits die für den Erwachsenen normale Zahl 8,5 bis 7,5 erreicht, die dann, sofern nicht krankhafte Veränderungen im Gehirn eintreten, das Leben hindurch bis zum Beginn des Greisenalters konstant bleibt. Berücksichtigt man die außerordentlich wichtige Rolle, welche zweifellos dem Kleinhirn zufällt bei der Aufrechterhaltung des Körpergleichgewichtes, bei dem regelrechten Ablauf, der Stärke und Präzision intendierter und koordinierter Bewegungen, so kann wohl kaum ein Zweifel darüber obwalten, daß das besonders niedrige Kleinhirngewicht des Neugeborenen in Zusammenhang steht mit der Unfähigkeit des Neugeborenen, zu gehen und zu stehen, sowie andere kompliziertere koordinierte Bewegungen auszuführen. Das auffallende, nicht im Verhältnis zur langsameren Vergrößerung des Großhirnes stehende, Kleinhirnwachstum in den ersten 9 Lebensmonaten des Kindes ist dagegen ein Anzeichen für die nunmehr erlangte

1) *Pfister*, Arch. f. Kinderheilk. Bd. 23. Neurol. Zentralbl. 1903. S. 562.

2) *Kastration*. Jena. Gustav Fischer. 1900. S. 42.

Fähigkeit des Zentralnervensystems, komplizierte Bewegungen zu erlernen.

Vielleicht besteht ein ähnlicher Parallelismus zwischen Kleinhirngewicht (im Verhältnis zu seinem Großhirn) und der vorhandenen oder fehlenden Fähigkeit des Laufens kurz nach der Geburt, auch bei den Säugetieren, soweit man aus den bis jetzt vorliegenden Wägungen¹⁾ schließen darf. Dann hätten Tiere, welche direkt nach der Geburt schon laufen können, ein verhältnismäßig schwereres Kleinhirn und einen kleineren, dem betreffenden erwachsenen Tiergehirn näherstehenden Groß-Kleinhirnquotienten, als Tiere, welche das Laufen erst später erlernen. So hat das neugeborene Schwein mit 6,6 fast den gleichen Groß-Kleinhirnquotienten, wie das erwachsene (6,2). Dementsprechend ist das neugeborene Ferkel schon sehr regsam und läuft überall herum. Im Gegensatz hierzu hat das neugeborene Lamm, welches anfangs gar nicht laufen kann und erst nach 4 bis 6 Wochen Geschicklichkeit im Laufen erreicht, bei der Geburt den Groß-Kleinhirnquotienten 11,0, während das erwachsene Schaf hingegen einen solchen von 6,5 hat. Weitere derartige systematische Wägungen bei Tieren sind jedenfalls sehr erwünscht.

Normaler Groß-Kleinhirnquotient bei allgemeiner Hirnverkleinerung.

Ebenso wie auf den beiden vorhergehenden Tabellen sind auch auf Tabelle 5 und 6 Hirngewichte zusammengestellt von Personen, die an Paralyse, Dementia senilis, Erweichungsherden usw. gelitten haben, bei denen aber eine stärkere Hirnverkleinerung nachweisbar ist. Von den 36 Kranken beider Tabellen haben 29 eine Differenz zwischen Kapazität und Hirngewicht von 20 bis 37%, Nur bei 7 Personen bleibt diese Differenz zwischen 17 und 19%, also Zahlen, die vielleicht ebenfalls schon als krankhaft angesehen werden müssen. Demnach sind die Gesamthirngewichte durchweg niedrig (sämtlich unter 1300), ebenso größtenteils die absoluten Kleinhirngewichte; auf Tabelle 5 ist z. B. kein Kleinhirn von

¹⁾ *Leuret*, Anatomie comparée du système nerveux. Paris. 1839. I. S. 423 ff.

Tabelle 5. Normaler Groß-Kleinhirnqu

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe	Gewicht	Quotient	Diagnose	Klinisches
			cm	kg			
1	Veit, Therese	17	140	19	7,4	Friedreichsche Tabes	Normale Pupillen. Nystagmus. Artikulationsstörung (skandierende). Grober Intentionswackeln. Keine Patellarreflexe. Außere Muskeln und Gelenke. Stumpf gemeiner Tuberkulose.
2	Moser, Anna	45	153	35	4,4	Paralyse	Ophthalmoplegia interna. Nystagmus. Skandierende Sprache. Wackeln. Intentionstremor. Stärkste Spastisch. Beugekontrakturen
3	Friedlein, Regina	44	—	44	—	do.	Monoplegie des linken Armes. Anfälle. Ataxie. Starker M
4	Weiß, Konrad	41	165	50	3,3	do.	Epileptiforme Anfälle. Breitspurig Spastisch. Pupillenstarre. Kann lang vor dem Tode nicht meh
5	Voll, Rosa	36	153	50	3,1	do.	Opticusatrophie. Sprachstörung. Dabei spastisch.
6	Hohmann, Valentin	67	165	46	3,6	do.	Spastisch. Astasie-Abasie viele vor dem Tode.
7	Eussner, Franz	55	—	57	2,7	do.	Rechtsseitig gelähmt. Aphasie Anfälle. Lag immer unbewegl Buder, Zeitschr. f. Psych. Bd. 60
8	Falkenstein, Marie	57	160	35	4,6	do.	Beugekontrakturen.
9	Preller, Ferdinand	34	—	—	—	do.	.
10	Uhl, Marie	44	159	35	4,5	do.	Spastisch. Zuletzt starke Kontr

Paralyse mit Hirnatrophie.

Differenz	Großhirn		Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt		Schädelinhalt in % Hirngewicht	Anatomisches
	rechts	links				mutmaßlich	faktisch		
—	—	—	85	20	7,1	—	1100	32	Keine Ependymgranulationen. Aber etwas Pachymeningitis hämorrhag. Hydrocephalus externus. Im Gehirn grobenteils völliger Verlust der Markscheiden, bei erhaltenen Achsenzylindern. Diffuse Gliose, auch im Kleinhirn. Im Rückenmark Bild der Friedreichschen Tabes.
10	355	340	95	25	7,3	—	1220	32	Ependymgranulationen. Leichte Hinter- u. Seitenstrangaufhellung.
—	—	—	100	—	7,5	—	1150	22	—
45	385	428	106	27	7,7	1600	—	37	Ependymgranulationen.
—	—	—	106	25	7,0	—	1200	26	—
39	—	—	108	—	7,7	—	1300	23	Ependymgranulationen. Starkes Atherom der Gehirngefäße. Mäßig starke Tabes cervicalis.
82	480	326	117	30	6,9	—	1600	35	Ependymgranulationen. Die der linken leichten Großhirnhemisphäre gekreuzte rechte Kleinhirnhälfte wog 26 g, leichter als das linke Kleinhirn! Gliawucherung im Kleinhirn. Seiten- und Hinterstrangdegeneration im Rückenmark.
70	426	429	115	25	7,4	—	1360	21	—
—	—	—	115	—	6,8	—	1250	25	—
50	431	413	120	30	7,2	—	1300	19	Vorder- und Seitenstrangdegeneration.

Tabelle 5 (Fortsetzung). Normaler Groß-Kleinhirnr

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinisches
11	Mittnacht, Kaspar	44	162	47	3,5	Paralyse	Spastisch. Starkes Zittern.
12	Sauer, Katharina	54	—	32	—	Paralyse? Arteriosk. Demenz?	Mehrere Insulte, links hemipleg
13	Metz, Rosine	52	154	48	3,2	Paralyse	Viele Anfälle. Pupillenstarre.
14	Franken- berger, Kaspar	67	155	48	3,3	do.	Normale Pupillen. Lebhaft reflexe. Zerebellare Ataxie? lage keine stärkeren ataktisc rungen. Sonst keine Klein ptome.
15	Hofmann, Anna	44	166	50	3,3	do.	Spastisch. Plumper Gang. so auffallenden Bewegungsstö puppenstarre.
16	Bandorf, Stephan	70	—	—	—	do.	Tabes. Stirbt interkurrent an karzinom.
17	Sinner, Charlotte	44	152	47	3,2	do.	Spastisch. Pupillenstarre.
18	Fischer, Ernst	48	163	43	3,8	do.	Pupillenstarre. Normale Patell Zittern. Astasie, Abasie.
19	Bensch- lein, Apoll.	56	150	31	5,0	do.	In der Klinik nur vita minima
20	Endres, Adam	53	—	—	—	do.	—
21	Kess, Peter	63	165	45	3,7	do.	Normale Patellarreflexe. Ka wochenlang weder gehen noch Sehr ataktisch.
22	Schaller, Sebastian	54	171	55	3,1	do.	Pupillenstarre. Linksseitig hem

140 g mehr anzutreffen. Der Groß-Kleinhirnquotient bewe
sich aber in durchaus normalen Grenzen; nur 5 mal bleibt
(mit 6,9 und 6,8) unter 7,0. Da der Groß-Kleinhirnquotient an

i Paralyse mit Hirnatrophie.

Differenz	Großhirn		Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt		Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
	rechts	links				nut- maßlich	faktisch		
40	404	409	120	20	6,9	1400	—	29	Degenerationen in Hinter- und Seiten-Vordersträngen.
40	425	425	120	20	7,1	—	1300	21	—
60	480	512	120	30	8,2	—	1600	25	Starke Ependymgranulationen und Atheromatose der Hirngefäße. Starke Tabes lumbalis.
80	470	470	120	25	7,8	—	1530	24	Keine Hinterstrangdegeneration.
2	422	435	127	25	7,0	1400	—	28	Leichte Hinterstrang-, stärkere Seiten-Vorderstrangdegeneration.
1	—	—	125	25	7,2	—	1550	29	Tabes.
2	477	449	130	30	7,1	1420	—	24	Kombinierte Seiten - Hinterstrangerkrankung.
2 75	442	488	130	25	7,2	—	1530	24	—
1 40	458	448	130	25	7,0	—	1350	19	—
1 40	528	516	130	25	8,0	—	1600	23	—
50	532	533	135	30	7,9	—	1600	20	Starke Atheromatose der Gehirngefäße.
—	440	515	135	30	7,0	—	1550	27	—

normalerweise zwischen 7,0 und 8,5 schwankt und unter Umständen, wie oben auseinandergesetzt, eine Kleinhirnatrophie bis zu 20 g durch diesen Quotienten nicht deutlich gemacht zu werden

braucht, so läßt sich aus den Quotienten der Tabellen 5 und 6 nicht ohne weiteres erschen, ob die Groß-Kleinhirnatrophie harmonisch vor sich gegangen ist, oder ob die Atrophie des Großresp. Kleinhirnes überwog. Das mag folgendes Beispiel deutlich machen: Bei einem Kleinhirngewicht von 130 g und dem Quotient 7,0 würden die Großhirnhemisphären 910 g und das ganze Gehirn etwa 1100 g, — bei einem Quotienten von 8,5 hingegen (beide Großhirnhemisphären) 1100, bzw. (das ganze Gehirn) 1300 g wiegen; das bedeutet einen Unterschied von rund 200 g. Wenn also ein Gehirn von 1300 g und einer Schädelkapazität von 1500 cbcm ($= 14\%$ Differenz zwischen beiden, was durchaus normal groß ist) ein 130 g schweres Kleinhirn besäße, so hätte es bei 200 g Großhirnswund zwar eine Differenz zwischen Kapazität und Hirngewicht von 27% , aber noch immer den an sich nicht pathologischen Groß-Kleinhirnquotienten von 7,0.

Nun stellt aber dieses Beispiel besonders günstige Verhältnisse dar, die in der Mehrzahl der tatsächlich vorkommenden Fälle nicht zutreffen. Dem Beispiel am nächsten kommen werden jene Gewichtszahlen der Tabelle 5 und 6, wo bei relativ hohem absoluten Kleinhirngewicht (130, 140) und bei großer Differenz zwischen Kapazität und Hirngewicht der Groß-Kleinhirnquotient sehr nahe bei 7,0 liegt. Je mehr dieser Quotient sich 8,0 nähert, namentlich bei sehr niedrigem absoluten Kleinhirngewicht, desto weniger wird, bei großer Differenz zwischen Kapazität und Hirngewicht, eine isolierte Großhirnatrophie anzunehmen sein. Bei vielen Gehirnen der Tabellen 5 und 6 handelt es sich demnach um eine mehr oder weniger harmonische Groß-Kleinhirnatrophie. Eine solche darf aber auch angenommen werden bei sehr niedrigem absoluten Kleinhirngewicht und großer Differenz zwischen Kapazität und Hirngewicht, auch wenn der Groß-Kleinhirnquotient bei 7,0 liegt. In No. 1 der Tabelle 5 hätte das Gesamthirn ohne Atrophie etwa 970 g, und das Kleinhirn (bei Quotient 8,8) 110 g, bei Quotient 7,0 aber 135 g wiegen müssen, so daß also auch hier eine, auch histologisch wahrscheinlich gemachte, sehr beträchtliche Kleinhirnatrophie vorlag. Eine hochgradigere Kleinhirnatrophie bei starker Großhirnatrophie ist für viele Fälle wohl als Folge der Großhirnatrophie anzusehen, wie z. B. das Vorkommen ge-

kreuzter Kleinhirnatrophie, bei einseitiger Großhirnatrophie beweist (vgl. Fall 7, Tabelle 5, beschrieben von *Buder*.¹⁾)

Es ist also ein großer Teil der Kleinhirne speziell auf Tabelle 5 als mehr oder weniger atrophisch anzusehen. Der auch hier mögliche Einwand, daß die leichten Kleinhirne angeboren so leicht gewesen seien, wird bei einigen wenigstens durch die starken geweblichen Veränderungen (sehr starke Gliose usw.) sehr unwahrscheinlich. Es ist überhaupt durch die histologische Untersuchung nachgewiesen, daß bei der Paralyse das Kleinhirn ebenfalls fast stets gewebliche Veränderungen zeigt, wenn auch meist in schwächerem Grade, als das betreffende Großhirn.²⁾ Bis zu einem gewissen Grade läßt sich auf Tabelle 5 das stärkere Befallensein des Großhirnes bei Paralyse herauslesen aus dem mehr bei 7.0 liegenden Groß-Kleinhirnquotienten. Es ist also der Zähler relativ zu klein, d. h. das Großhirn relativ atrophischer als das Kleinhirn. Daß das Kleinhirn in selteneren Fällen auch bedeutend stärker erkranken kann (soweit man aus der Atrophie schließen kann), wird später noch besonders zu erwähnen sein.

Was nun die klinischen Symptome betrifft, so ist bemerkenswert, daß eine Anzahl Kranker spezifische Kleinhirnsymptome boten, die wohl ohne weiteres auf die Kleinhirnatrophie mitbezogen werden dürfen. Solche Symptome, speziell die cerebellare Ataxie wären wahrscheinlich gerade bei den Kranken der Tabelle 5 in noch größerer Anzahl nachzuweisen gewesen, wenn sie nicht durch den Blödsinn, den terminalen Marasmus usw. verdeckt und für die Untersuchung unzugänglich gemacht worden wären. Nebenbei sei aber auch bemerkt, daß nicht jede mit der Wage nachweisbare Kleinhirnatrophie spezifische Kleinhirnsymptome im Gefolge zu haben braucht; denn es können speziell in den Kleinhirnhemisphären große Teile zerstört sein, ohne spezifische klinische Symptome. Immerhin ist die Koinzidenz zwischen Kleinhirnsymptomen und Kleinhirnatrophie eine Aufforderung, auch den Kleinhirngewichten der Paralytiker, im Verhältnis zum zugehörigen Großhirn und unter Berücksichtigung der Schädelkapazität Beachtung zu schenken.

¹⁾ Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 60 S. 534.

²⁾ *Alzheimer* Arbeiten von *Nissl*. Jena. G. Fischer. 1904 Bd. 1 S. 127.

Tabelle 6. Normaler Quotient bei Dem

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinisches
1	Barthelmeß, Anna	68	152	34	4,5	Haemorrhag. cerebri	Hemiplegie links. Zuletzt dop spastisch.
2	Günkel, Rosalie	83	ca. 155	—	—	Epilepsie	Wirbelsäulenverbiegung durch nungsnarbe. Seit 2 Jahren Tode kaum mehr gegangen.
3	Greger, Kaspar	91	168	49	3,4	Dementia senilis	Erst einige Wochen vor dem Tode gestört. Zittern. Ataxie.
4	Behr, Rosine	78	135 (Kyphose)	34	4,0	do.	Keine besonderen Bewegungsstö
5	Ebert, Barbara	76	151	35	4,3	Senile Melanch.	do.
6	Dorsch, Joseph	65	173	75	2,3	Haemorrhag. cerebri	4 Hämorrhagien. Hemiplegie für Aphasie usw.
7	Herold, Johann	81	157	48	3,3	Dementia senilis	Paraplegie, keine Patellarreflexe
8	Söllner, Adam	86	140	46	3,0	Kretinismus	In den letzten Lebenswochen sehr süchtig. Ohne besondere Bewe störungen.
9	Schliermann, Margarete	81	148 (Kyphose)	40	3,7	Dementia senilis	Ohne spezifische Bewegungsstö
10	Stößer, Jakob	79	158	51	3,1	do.	Keine besonderen Bewegungsstö
11	Huber, Magdal.	61	152	32	4,7	—	Hemiplegie links. Sehr marantisch
12	Göbel, Jakob	81	—	—	—	Dementia senilis	—
13	Schüpfer, Andreas	69	—	39	—	Haemorrhag. cerebri	Moribund eingeliefert.
14	Will, Johann	58	161	61	2,6	Nephritis granularis	Oft urämische Anfälle. Keine spez Bewegungsstörungen.

ihis usw. mit Hirnatrophie.

Differenz	Großhirn		Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt		Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht	Anatomisches
	rechts	links				mutmaßlich	faktisch		
30	390	390	95	22	8,2	1245	—	25	Starkes Arterienatherom im Gehirn. In beiden Hemisphären viele kleine Erweichungsherde.
50	450	420	105	30	8,3	1350	—	21	Arterienatherom im Gehirn. Hydrozephalus. Erweichungsherd im rechten Occipitalhirn.
30	410	410	105	30	7,8	—	1230	20	Starkes Arterienatherom im Gehirn.
60	435	425	110	25	8,0	—	1350	21	do.
30	432	432	110	20	8,0	1230	—	17	do.
75	535	465	120	30	8,3	—	1500	18	do. 4 Erweichungsherde vorwiegend links.
70	445	425	120	35	7,2	—	1350	19	Starkes Atherom der Gehirnarterien.
40	454	450	120	30	7,5	—	1400	20	do.
70	430	430	125	30	6,9	—	1350	19	—
90	490	460	130	35	7,4	—	1620	25	Starkes Atherom der Gehirnarterien.
—	454	560	130	30	7,8	—	1500	22	do.
—	513	521	140	25	7,4	—	1550	21	do.
20	515	485	140	30	7,1	—	1500	17	Wenig Arterienatherom.
—	482	471	140	30	6,8	1540	—	26	Sehr starkes Atherom der Gehirnarterien. Herd im linken Occipitalhirn.

Bezüglich der Unterschiede der Tabellen 5 und 6 sei zunächst hervorgehoben, daß die Kranken mit Paralyse oft höhere Differenzzahlen zwischen Kapazität und Hirngewicht aufweisen, als die Senildementen, was auf eine stärkere Großhirnatrophie bei Paralyse hinweist, und zweitens, daß die Paralytischen auch bei sehr niedrigem Kleinhirngewicht ihren Groß-Kleinhirnquotienten mehr bei 7,0 haben, die Senilen (Tab. 6, No. 1 bis 6) mehr bei 8,0, was ebenfalls sowohl für eine stärkere Großhirnatrophie bei Paralyse spricht, als auch zugunsten der weiter oben (S. 203) ausgesprochenen Vermutung angeführt werden könnte, daß bei vielen Senilen das Kleinhirn einem relativ stärkeren Schwund anheimfällt, als das Großhirn.

Wenn somit bei Paralyse und Dementia senilis mit beträchtlichem Schwund des Gesamthirnes doch das Verhältnis des Großhirnes zum Kleinhirne durchaus das gleiche bleiben kann, wie es auch im normalen angetroffen wird, so kommen andererseits bei diesen Krankheiten auch erhebliche Abweichungen des Groß-Kleinhirnquotienten von den als normal geltenden Zahlen vor, sei es, daß der Quotient zu klein oder zu groß wird. Gleichzeitig wird man sich, wie früher schon hervorgehoben, fragen müssen, ob die zum abnorm niedrigen oder hohen Quotienten führende Anomalie durch eine erst im späteren Leben interkurrent hinzutretene Gehirnkrankheit veranlaßt wurde, bei einem früher normal proportionierten Gehirn, oder durch angeborene fehlerhafte Anlage, mangelhafte Entwicklung oder in frühester Kindheit erworbene Defekte (Porenzephalie usw.).

Groß-Kleinhirnquotient zu niedrig.

Der Groß-Kleinhirnquotient kann zu klein sein

1. weil der Zähler zu klein ist,

a) durch überwiegende Großhirnatrophie (Paralyse, Dementia senilis usw.);

b) durch angeborene (oder in frühester Jugend erworbene) Kleinheit des Großhirnes (Mikrozephalie, Porenzephalie);

c) durch Kombination beider;

2. weil der Nenner zu groß ist,

a) durch Tumoren, Schwellung usw. des Kleinhirnes;

b) durch angeboren abnorme Größe;

c) (durch Kombination beider).

Die folgenden Tabellen 7 und 8 bringen abnorm niedrige Groß-Kleinhirnquotienten infolge zu kleinen Großhirnes. Bei den Mikrocephalen (Tabelle 9) könnte man im Zweifel sein, ob man es mehr mit großem Kleinhirn, als zu kleinem Großhirn zu tun hat. —

Andeutungen überwiegender Großhirnatrophie waren schon bei einzelnen Gehirnen der Tabelle 5 zu erkennen; in erheblich stärkerem Grade finden sie sich nun auf Tabelle 7. Die absoluten Kleinhirngewichte dieser letzten Tabelle sind dabei bedeutend höher, als auf Tabelle 5. Während es sich also dort um eine mehr harmonische Groß-Kleinhirnatrophie handelt, ist hier ganz vorzugsweise und ausschlaggebend das Großhirn atrophiert, ohne daß dabei aber bestimmte zum Kleinhirn führende Verbindungen der Degeneration stärker anheimgefallen wären. Ob nun sämtliche Kleinhirne der Tabelle 7 auch wirklich von jeder, wenn auch geringen Atrophie verschont geblieben sind, d. h. ob das bei der Sektion gefundene Kleinhirngewicht dem Kleinhirngewicht vor Beginn der Paralyse gleicht, ist nicht mehr zu entscheiden, aber auch nicht sehr wahrscheinlich. Bei einigen derselben ist eine mehr oder weniger starke Kleinhirnatrophie sehr wohl möglich, zum Beispiel, wenn klinisch starke ataktische Störungen beim Gehen und Stehen bestanden, ohne entsprechende spinale Erkrankung. Nimmt man an, daß die Kleinhirne der Tabelle 7 von jeder Atrophie verschont geblieben sind, so würden sich (mit Ausnahme der Kranken Nr. 10 und 15) meist noch normale Groß-Kleinhirnquotienten ergeben, wenn man sich unter Zugrundelegung der Schädelkapazität das Gewicht des gesamten nicht atrophischen Gehirnes berechnet. Sofern aber das betreffende Kleinhirn ebenfalls einer, wenn auch nur mäßigen Atrophie anheimgefallen wäre, würde die gleiche Berechnung ergeben, daß z. B. bei den Gehirnen 1 bis 3, 6 und noch bei manchem anderen, ohne Großhirnatrophie doch der Quotient 6,5 bis 7,0 nicht erreicht würde, mithin, daß diese Kranken, bei einer auffallend geringen Schädelkapazität, als

Tabelle 7. Groß-Kleinhirnquotient zu niedr

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe	Gewicht	Quotient	Diagnose	Klinisches
			cm	kg			
1	Hubert, Kreszenz	40	147	40	3,7	Paralyse	Pupillenstarre. Spastisch-ataktische. Monoplegie des rechten
2	Günther, Anna	44	158	42	3,8	do.	Sprachstörung. Spastisch, sehr stark. Kann monatelang nicht mehr g
3	Benkert, Therese	55	155	35	4,4	do.	Tabes. Viele Spontanfrakturen.
4	Grünfelder, Babette	48	155	31	5,0	do.	Tabes.
5	Löhr, Georg	47	160	43	3,7	do.	Zervikale Tabes. Ataxie der Händ
6	Winter, Franz Joseph	22	130	16	8,1	Juvenile Paralyse	Pupillenstarre. Spastische Kontrakt. Körperlich zurückgeblieben. E Abmagerung.
7	Wellhöfer, Michael	44	165	53	3,1	Paralyse	Keine auffallenden stärkeren in B kommenden Bewegungsstörungen. Sprachstörung.
8	Braun, Philomene	34	165	34	5,0	do.	Tabes. Starke Sprachstörung.
9	Huppmann, Dorothea	47	166	34	4,9	do.	Pupillenstarre. Normale Patellarm. Keine auffallendere Ataxie.
10	Ritzler, Anna	47	130	39	3,3	do.	Idiotisch. Pupillenstarre. La Sprache. Stark taumeliger G
11	Lang, Joseph	52	—	46	—	do.	Tabes. Starke Sprach- und Gehs
12	Krampert, Barbara	42	153	43	3,6	do.	Spastisch. Starke Kontrakturen. thrie.
13	Raum, Georg	58	173	61	2,8	do.	Tabes.
14	Keß, Barbara	35	156	61	2,5	do.	Pupillenstarre. Spastische Patellarm. Stirbt im Frühstadium, wahrsch im Anfall.

Analyse mit Hirnatrophie.

Differenz	Großhirn		Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt		Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht	Anatomisches
	rechts	links				mutmaßlich	faktisch		
30	300	300	115	25	5,2	—	1200	32	Starke Ependymgranulationen.
60	390	360	120	30	6,2	—	1150	17	Leichte Seitenstrangdegeneration.
50	315	326	125	35	5,0	—	1200	28	Generalisierte Tabes.
40	405	425	130	20	6,4	—	1310	22	Sehr starke Hinterstrangdegeneration. Starke Tabes.
70	430	400	130	30	6,4	1342	—	21	Ependymgranulationen. Starke Tabes cervicalis.
50	345	345	130	25	5,3	—	1240	27	150 g Hydrocephalus internus. Starke Seiten- und Hinterstrangerkrankung.
60	367	371	130	45	5,7	1323	—	26	Rückenmark fast intakt.
65	387	378	135	—	5,7	—	1320	24	Etwas Ependymgranulierung.
60	—	—	135	30	6,3	—	1330	19	—
50	350	325	140	35	4,8	—	1200	25	—
60	—	—	140	30	6,0	—	1400	24	—
40	445	457	140	25	6,4	1430	—	23	Ependymgranulierung.
60	435	430	145	25	6,0	1530	—	28	Starke tabische Hinterstrangerkrankung.
50	—	—	145	25	6,3	1380	—	17	—

Tabelle 7 (Fortsetzung). Groß-Kleinhirnquotient zu niedri

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe	Gewicht	Quotient	Diagnose	Klinisches
			cm	kg			
15	Hesselbach, Margarete	28	144	28	5.1	Paralyse	Infantiler Habitus. Nystagmus. Z im Fazialisgebiet. Zucken und tionstremor in Armen und Beinen seit 1 1/2 Jahren nicht mehr geg Patellarreflexe normal. Pupillen
16	Dürr, August	33	165	50	3.3	do.	Spastisch. Ataktisch. Sprachstöru
17	Kimmel, Andreas	51	150	74	2.0	do.	Spastisch. Anarthrie.
18	Hollenberger, Andreas	43	164	54	3.0	do.	Pupillenstarre. Spastisch. Beugekon turen. Seit 1 Jahr vor dem Tode mehr gegangen.
19	Uebelein, Apollonia	37	158	55	2.9	do.	Spastisch. Taumeliger Gang. S Sprachstörung.
20	Schnarrenberger, Friedrich	49	163	68	2.4	do.	Ohne stärkere, in Betracht komr Bewegungsstörungen.
21	Kraft, Georg	55	177	59	3.0	do.	Spinale Kinderlähmung am linken Pupillen träge. Patellarreflexe de
22	Brand, Georg	50	161	38	4.5	do.	Kann monatelang weder gehen stehen.

Tabelle 8. Groß-Kleinhirnquotient zu niedri

1	Roth, Anna	83	—	—	—	Dementia senilis	—
2	Bartenstein, Anna	72	145	36	4.0	Multiple Erweichungen	Verschiedene Schlaganfälle. Sprac rung. Demenz. Kann seit 1 1/2 J nicht mehr spontan gehen oder si
3	Edelmann, Susanne	68	—	37	—	Dementia	Beugekontraktur der Arme. An Beinen nichts Spastisches oder seitiges.
4	Hartling, Elisabeth	72	153	35	4.4	Dementia senilis	Maximaler Blödsinn. Keine ausgespr nen Bewegungsstörungen.

Analyse mit Hirnatrophie.

Differenz	Großhirn		Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt mutmaßlich	Schädelinhalt faktisch	Schädelinhalt in dividiert durch Hirngewicht	Anatomisches
	rechts	links							
50	330	345	145	30	4,7	—	1130	22	—
40	460	465	150	25	6,2	1540	—	26	Ependymgranulierung im 4. Ventrikel. Tabische Hinterstrangdegeneration.
50	450	450	150	40	6,0	—	1490	23	—
50	445	420	150	35	5,7	1430	—	21	Starke Ependymgranulierung. Mittelsarkes Gehirnarterienatherom. Tabes u. Seitenstrangerkrankung.
40	400	412	135	35	5,9	unbekannt	—	—	Ependymgranulierung.
60	540	540	160	35	6,7	—	—	—	—
85	495	510	175	30	5,7	—	—	—	Rechte und linke Hälfte des Kleinhirnes gleich groß.
—	—	—	180	—	6,0	—	—	—	—
bei Dementia senilis usw.									
60	—	—	120	20	6,5	—	1250	22	—
—	416	416	125	20	6,6	—	—	—	Hämorrhagische Erweichungsherde in beiden Streifenhügeln, ferner in beiden Kleinhirnhemisphären (Unterseite), z. T. auf den Unterwurm übergreifend.
50	340	340	130	30	5,5	—	1200	26	Starke zerebrale Arteriosklerose.
70	380	360	130	25	5,7	—	—	—	Wenig Atheromatose. Starker Hydrozephalus.

Tabelle 9. Groß-Kleinhirnquotient zu nied

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinisches
1	Weickert, Kaspar	58	—	—	—	Porenze- phalie, Epilepsie, Mikroze- phalie	Hemiplegisch für links. Ohne Artikl Kann gehen. (<i>Sommer</i> , <i>Diag</i> II. Aufl., S. 217.) Nicht bes blödsinnig.
2	Wolf, Anna Maria	58	—	46	—	Idiotie, Epilepsie, Mikroze- phalie	Gestorben im epileptischen Anfall. keine Lähmungen.
3	Ritzler, Anna	vgl. Tabelle 7 Nr. 10					Unter Wegfall der Hirnatrophie wi sich die Zahlen gestalten (wenn das Großhirn atrophisch wäre):
4	Hesselbach, Margarete	vgl. Tabelle 7 Nr. 15					do.

mikrozephal zu betrachten wären und in die Tabelle 9 gehörten. Bei den beiden Kranken Nr. 10 und 15 ist die Mikrozephalie neben der Hirnatrophie evident, weshalb diese Kranken auf Tabelle 9 nochmals angeführt werden.

Im Gegensatz zur Paralyse scheinen bei den Senildementen (Tabelle 8) abnorm niedrige Groß-Kleinhirnquotienten bedeutend seltener zu sein, was seinen Grund in dem oben angedeuteten Verhalten des senilen Gehirnes haben kann, erstens daß das Großhirn, wenn überhaupt, dann einem weniger starken Schwund anheimfällt, als bei der Paralyse, und zweitens, daß (s. o.) vielleicht das senile Kleinhirn sich eher, öfter, bzw. vorwiegender verkleinert, als dies bei der Paralyse vorkommt. — Das etwas hohe Kleinhirngewicht der Kranken Nr. 3 gibt im Verein mit der geringen Schädelkapazität Veranlassung zum Verdacht auf relative Mikrozephalie. Unter Abrechnung der Großhirnatrophie würde der Groß-Kleinhirnquotient 6,5 sein, also an sich schon sehr niedrig. Wäre aber das Kleinhirn ebenfalls einer Atrophie verfallen gewesen, was sehr wohl möglich, wenn auch nicht mehr beweisbar ist, so wäre das Kleinhirn früher noch bedeutend schwerer gewesen, der Quotient würde noch mehr sinken und

Mikrozephalie.

Großhirn		Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt		Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
rechts	links				mutmaßlich	faktisch		
230	370	130	30	4,5	—	900	16	—
—	—	130	—	4,0	—	750	11	—
417	418	140	35	6,0	—	1200	12	—
387	388	145	30	5,3	—	1130	12	—

damit die bestehende Mikrozephalie noch mehr wahrscheinlich werden.

Denn es ist eine Eigentümlichkeit der ganz überwiegenden Mehrzahl der Mikrozephalengehirne (Tabelle 9), daß im Verhältnis ihres Großhirnes das Kleinhirn ganz unverhältnismäßig schwer ist, während, wenigstens bei den Mikrozephalen mittleren und geringen Grades, das absolute Kleinhirngewicht sich innerhalb der mittleren Kleinhirngewichtszahlen bewegen kann. In Tabelle 9 sind die Gewichtszahlen von 4 Mikrozephalen gebracht, bei denen die Schädelkapazitätsszahlen ebenfalls bekannt sind und zum entsprechenden Hirngewicht im normalen Verhältnisse stehen. Die absoluten Kleinhirngewichte würden nicht als auffallend zu bezeichnen sein (130 bis 145 g), wenn nicht der Groß-Kleinhirnquotient abnorm niedrig wäre (4,0 bis 6,0). Der Kranke Nr. 1 ist ein mikrozephaler Porenzephale. Nr. 2 ist eine reine Mikrozephalie, Nr. 3 und 4 zwei mikrozephale Paralytiker (Tabelle 7. Nr. 10 und 15), bei denen auf Tabelle 9 das Großhirngewicht so wiedergegeben ist, wie es schätzungsweise ohne Atrophie sein würde.

Dieser abnorm niedrige Groß-Kleinhirnquotient, bei

einer sehr geringen Schädelkapazitätzahl, ist nun bei Mikrozephalie so oft zu beobachten, daß er bis zu einem gewissen Grade als pathognomonisch für Mikrozephalie anzusehen ist. In der Zusammenstellung von *Anton*¹⁾ ist nur dreimal ein abnorm niedriger Groß-Kleinhirnquotient nicht vorhanden. Und es fragt sich, ob man nicht berechtigt ist, Gehirne von geringem Gewicht (bei entsprechend geringer Schädelkapazität), aber normalem Groß-Kleinhirnquotienten nicht als mikrozephal, sondern vielleicht als nanozephal oder ähnlich zu bezeichnen. Jedenfalls würde bei einem kleinen nicht atrophischen Gehirn ein abnorm niedriger Groß-Kleinhirnquotient ohne weiteres den Verdacht auf Mikrozephalie erregen; vielleicht genügt der Nachweis eines solchen Quotienten bei kleiner Schädelkapazität an sich schon zur Diagnose „Mikrozephalie“. In diesem Sinne ist es auch zu verstehen, warum bei den Kranken 1 bis 3 und 6 der Tabelle 7 eventuell Mikrozephalie angenommen werden konnte (siehe oben S. 215).

Groß-Kleinhirnquotient zu hoch.

Zu hoch kann der Groß-Kleinhirnquotient sein durch erworbene oder angeborene zu große Schwere des Großhirnes, oder erworbene, bzw. angeborene abnorme Kleinheit des Kleinhirnes.

Klare Verhältnisse liegen vor bei den drei ersten Personen der Tabelle 10. Bei Großhirntumor, frischer Hämorrhagie in das Großhirn, oder bei Hyperplasie desselben infolge Hydrozephalus muß der Quotient sehr hoch werden. Die Zahlen der ersten Kranken sind insofern bemerkenswert, als auch ohne Hirntumor der Quotient mit 8,9 sehr hoch ist. Da die Kranke nach plötzlich einsetzendem und 24 Stunden dauerndem Koma starb, liegt es nahe, außerdem an akute Hirnschwellung²⁾ zu denken, welche vorwiegend das Großhirn betroffen hätte und dann ebenfalls im Groß-Kleinhirnquotient zum Ausdruck käme. Würde man bei

¹⁾ Handbuch der pathol. Anatomie des Zentralnervensystems von *Flatau-Jacobsohn* Bd. I S. 460.

²⁾ Vergl. bez. der Hirnschwellung und ferner der Krankengeschichten der Nr. 4 bis 9 auf Tabelle 10 meine Arbeit *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.* Bd. 28 S. 306.

dieser Kranken die Schädelkapazität kennen, dann könnte man direkt entscheiden, ob Hirnschwellung vorlag.

Die Kapazität ist bekannt in den folgenden Fällen. Die Differenz in Prozenten zwischen Kapazität und Hirngewicht ist dreimal = 0, einmal negativ. Der Groß-Kleinhirnquotient ist stets sehr hoch, wenn auch 9,0 nur einmal überschritten wird. Die Kranken 4 bis 7 dieser Tabelle gehören insofern zusammen, als die betreffenden Gehirne das Phänomen der „Hirnschwellung“ zeigten, wie es von mir an anderer Stelle (a. a. O.) näher beschrieben wurde. Auch der Kranke Nr. 6 gehört insofern mit hierher, als, auch ohne Tumor, der Groß-Kleinhirnquotient 8,9 beträgt, was mit der a. a. Orte ausgesprochenen Ansicht durchaus übereinstimmt, daß eine Hirnschwellung vorliegt. Es ergibt sich aus den hohen Quotientzahlen, daß bei den Hirnschwellungen das Großhirn mehr (oder überhaupt allein?) zuzunehmen pflegt, als das Kleinhirn. Ob es nun auch eine, auf einem ähnlichen unbekannten Vorgange beruhende vorwiegend isolierte Kleinhirnschwellung gibt, vermag hier nicht entschieden zu werden.

Im Gegensatz zu diesen Kranken mit Hirntumor und Hirnschwellung stehen jene Kranke, bei welchen neben einem Großhirntumor (welcher an sich zur Vermehrung des Großhirngewichtes führen müßte) atrophische Prozesse im Großhirn eintreten, wie bei dem Kranken Nr. 8. Dann muß auch der Groß-Kleinhirnquotient eine normale Zahl bleiben, so daß er unter Umständen in der Beurteilung solcher schon weniger offensichtlicher Zustände von Wichtigkeit sein kann.

Bei der letzten Kranken (Nr. 9) auf Tabelle 10 ist ebenfalls eine Hirnschwellung anzunehmen, wenn auch von bedeutend geringerer Intensität. Die Kranke würde ohne Hirnschwellung vermutlich 6,8 bis 7,0 Quotient gehabt haben. Vielleicht ist aber nebenher ihr Kleinhirn durch die Paralyse atrophisch und früher schwerer gewesen, so daß der Groß-Kleinhirnquotient noch niedriger war und die Kranke, bei ihrer geringen Schädelkapazität, als echt mikrozephal anzusehen wäre.

Wenn das Kleinhirn infolge irgend eines pathologischen Vorganges isoliert oder wenigstens bedeutend stärker schrumpft, als das Großhirn, so muß der Groß-Kleinhirnquotient ebenfalls sehr hoch

werden. Von den hierbei in Betracht kommenden Krankheiten sind wiederum in erster Linie zu nennen die Paralyse und Dementia senilis. Es wurde weiter oben als wahrscheinlich hingestellt, daß im Greisenalter das Kleinhirn einem stärkeren Schwunde anheimfallen könne als das Großhirn. Wenn zudem ein derartiger Kleinhirnschwund ein schon angeboren kleines Kleinhirn

Tabelle 10. Groß-Kleinhirnquotient zu h

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe cm	Gewicht kg	Quotient	Diagnose	Klinisches
1	Kasimir, Anna	44	148	48	3,0	Endotheliom der Dura	Keine Innervationsstörungen. Stauungspapille. Plötzlich Con Tod nach 24 Stunden.
2	Stieber, Gertrud	46	—	47	—	—	FrISCHE Hämorrhagien im Gehirn bend eingeliefert.
3	Kahr	41	—	—	—	Epilepsie Hydro- cephalus	Keine erhebliche Verblödung. O sondere Bewegungsstörungen. im Status.
4	Senger, Barbara	29	156	41	3,8	Gumma cerebri	War idiotisch. — In den letzten tagen Zeichen zunehmenden druckes.
5	Un- behauen, Wilhelm	28	159	46	3,4	Dementia	Hirndrucksymptome.
6	Ritter, Martin	51	167	50	3,3	Endo- theliom der Dura	Rechtsseitig hemiplegisch. Epilep Krämpfe. Tagelang vor dem komatös.
7	Herrling, Karl	18	170	42	4,0	Katatonie	Stauungspapille.
8	Lüne- burger, Leopold	73	160	57	2,8	Glioma cerebri	Leichte Hemiparese rechts. Groß sinn.
9	Baldauf, Anna	43	158	41	3,8	Paralyse	Idiotisch und mikrozephal. Sehr Stupor. Ohne Patellarreflexe.

fällt (z. B. bei überhaupt kleinem Gesamthirn, bei welchem der ob-Kleinhirnquotient ohnehin mehr bei 8,0 liegen kann, als bei 1). so wird man sich nicht wundern können, daß bei kleinen, in alten Personen auch hin und wieder auffallend kleine absolute Kleinhirngewichte und hohe Quotienten angetroffen werden, und zwar auch ohne spezifische stärker in die Augen fallende Be-

Tumor cerebri. Hirnschwellung usw.

Großhirn		Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt		Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht in %	Anatomisches
rechts	links				mutmaßlich	faktisch		
563 mit Tum.	490	110	28	9,5 mit, 8,9 ohne Tum.	unbekannt			Tumor am rechten Temporal- und Stirnlappen.
580	550	120	—	9,3	unbekannt			—
—	—	135	—	9,0	unbekannt			Sehr starker Hydrozephalus internus.
—	—	115	72	8,6	—	1200	0	Walnußgroßes Gumma im Pons.
622	657	130	25	9,6	—	1500	0	Hirnschwellung!
560	595	130	35	8,9 ohne Tum.	1460	—	0	Tumor im linken medialen Stirnhirn.
620	635	145	51	8,7	—	1400	negat.	Hirnschwellung!
442	556	125	25	8,0	1420	—	16	Großes Gliom im linken Schläfenlappen. Dabei universelle Hirnatrophie.
465	480	130	25	7,3	—	1180	5	Ependymgranulierung im 4. Ventrikel. Tabes lumbalis.

wegungsstörungen. So haben die beiden alten Leute 4 und 5 auf Tabelle 11 den Quotienten 9,0 bei sehr niedrigem absol. Kleinhirngewicht, ohne daß sie in motorischer Hinsicht etwas Auffallendes geboten hätten.

Bei der Paralyse pflegt, wie oben auseinandergesetzt, das Kleinhirn oft genug weniger stark zu atrophieren als das Großhirn.

Tabelle 11. Groß-Kleinhirnquotient zu

Laufende Nr.	Name	Alter	Größe	Gewicht	Quotient	Diagnose	Klinisches
			cm	kg			
1	Utz, Dorothea	48	145	38	3,8	Paralyse	Idiotisch. Pupillenstarre. Beugekontrakturen. Ist zweimal dem Tode nicht mehr gegang. stärkere Artikulationsstörung
2	Dietrich, Franz	62	158	41	3,8	do.	Zerebellare Ataxie (siehe Kraus'sche Schichte). Keine Artikulationsstörung
3	Arnold, Georg	66	174	43	4,0	do.	Allgemeines Zittern. Plumper Gang. Keine Artikulationsstörung
4	Scheckenbach, Dorothea	78	—	36	—	Dementia senilis	Ohne spezifische organische Beeinträchtigungen.
5	Keller, Barbara	73	—	—	—	—	Nicht in der Klinik gestorben. Bei eingehender Erkundigung klinischer und motorischer Auffallendes geboten.

Tabelle 12. Groß-Kleinhirnquotient zu

1	Stock, Ferdinand	25	104	18	6,0	Kretinismus	Konnte niemals gehen oder stehen. Beine waren an den Leib geklebt. bei einem neugeborenen Kinde
2	Freystädter, August	65	—	55	—	Epilepsie	Starkes Stottern. Herzfehler. epileptischen Anfall.

rn. In selteneren Fällen dagegen kann es einer ungleich stärkeren Verkleinerung anheimfallen wie das zugehörige Großhirn. Jede stärkere mehr oder weniger isolierte Kleinhirnatrophie wird sich durch Ansteigen des Groß-Kleinhirnquotienten deutlich machen. Eine schwächere isolierte Kleinhirnatrophie wird nur dann zu einem auffallend hohen Quotienten führen, wenn dieser.

Kleinhirnatrophie.

Großhirn		Kleinhirn	Rest	Großhirn dividiert durch Kleinhirn	Schädelinhalt		Schädelinhalt dividiert durch Hirngewicht	Anatomisches
rechts	links				mutmaßlich	faktisch		
440	435	95	25	9,3	1350	—	23	Arterienatherom. Ependymgranulierung.
535	530	110	20	9,5	—	1500	15	Keine Weigertsche Gliafärbung. Indes ist auch im Giesonpräparat das Vorhandensein einer Gliawucherung festzustellen. — Hinterstränge des Rückenmarkes intakt. Geringe Degenerationen im Gowerschen Bündel usw.
—	—	130	—	9,0	—	—	12	Ganz leichte tabische Hinterstrangerkrankung.
—	—	80	—	9,0	—	1100	23	—
400	410	90	20	9,0	—	—	?	—

n angeboren zu kleinen Kleinhirnes.

—	—	100	20	9,6	—	1300	15	Von pathologischer Gliaentwicklung im Kleinhirn keine Spur. Die Glia ist außerordentlich zart und fein, dabei völlig normal angeordnet.
540	550	115	—	9,5	1430	—	9	—

bei angeboren kleinem Kleinhirn. ohnehin schon bei 8,0 oder 8,5 lag, während, wie oben gezeigt, bei einem anfänglichen Groß-Kleinhirnquotienten von 7,0 unter günstigen Umständen ein Kleinhirngewichtsverlust von 20 g eintreten kann, ohne daß der Groß-Kleinhirnquotient 8,5 übersteigt.

Die drei Paralytiker auf Tabelle 11 haben einen hohen Groß-Kleinhirnquotienten von 9,0 bis 9,5. Daß das Kleinhirn bei ihnen lediglich angeboren so leicht war, ist an sich möglich und kann nicht mehr widerlegt werden, da eine genaue histologische Untersuchung des Kleinhirnes auf allfällige Gliose nicht mehr vorgenommen werden kann. Da aber die Krankengeschichten dieser Paralytiker Bewegungsstörungen erwähnen, die zum Teil wenigstens schon intra vitam die Diagnose auf eine später hinzugetretene Kleinhirnerkrankung stellen ließen, so ist es weniger wahrscheinlich, daß es sich bei den drei Paralytikern lediglich um angeboren so leichte Cerebella gehandelt hat. Möglicherweise besteht aber bei Nr. 1 und 3 eine Kombination von angeboren leichtem Cerebellum und später hinzugetretener paralytischer Erkrankung. Bei dem Kranken Nr. 2 wiesen die klinischen Symptome so sehr auf das Kleinhirn hin, daß die Krankengeschichte hier genauer mitgeteilt zu werden verdient.

Dieterich, Franz, von Wolfsmünster, Fuhrmann, geboren 2. August 1888. Aufgenommen wegen progressiver Paralyse 21. Februar 1900, gestorben 26. Mai 1901. Er ist nicht idiotisch. Daß er syphilitisch gewesen wäre, läßt sich auch nicht feststellen. Er ist schon seit Jahren paralytisch. Da seine motorischen Symptome in erster Linie auf das Kleinhirn zu deuten scheinen, wird er einer besonders sorgfältigen Untersuchung unterzogen: Ohren- und Augenspiegelbefund sind aber ganz normal, desgleichen die Pupillen und die Patellarreflexe. Das normale Verhalten der letzteren steht in sehr bemerkenswertem Gegensatz zu den starken Störungen im Gehen und Stehen. Stehen kann er nur bei weit auseinandergestellten Beinen. Bei zusammengestellten Füßen würde er hilflos zu Boden stürzen. Auch der Gang ist völlig unmöglich, wenn er nicht durch fremde Hand gestützt wird. Wenn er dann auf Unterstützung zu gehen versucht, schlägt er die Beine weit in die Luft und setzt die Füße stampfend auf. Exquisit breitspuriger Gang. — Keine Sprachstörung. In den letzten Lebensmonaten war der Gang völlig unmöglich geworden. In der rechten oberen Extremität Beugekontraktur. Pupillen und Patellarreflexe bis zum Tode normal. Stirbt im tiefsten Blödsinn.

Es fehlte jede Hinterstrangerkrankung vom Lenden- bis Halsmark. Auch das Fasernetz der Clarkeschen Säulen ist normal. Geringe Degeneration

in Gowerschen Bündel, in den Kleinhirnseitenstrangbahnen und im vorderen Teil der gemischten Seitenstrangzone des Halsmarkes. Das Kleinhirn war leider nicht auf Weigerts Gliafärbung behandelt worden. Eine makroskopisch fühlbare Sklerose fehlte. Soweit aus Giesonpräparaten zu urteilen ist, besteht zweifellos etwas pathologische Gliawucherung.

Es dürfte diese Krankenbeobachtung jenen anscheinend doch recht seltenen Fällen zuzurechnen sein, bei denen der paralytische Prozeß das Kleinhirn in hervorragendem und das klinische Bild zum Teil bestimmendem Maße befallen hat. Durch das Fehlen einer für die Bewegungsstörung in Betracht kommenden Rückenmarkserkrankung oder nachweisbaren Großhirnatrophy wird es, zusammen mit dem niedrigen Kleinhirngewicht und dem hohen Groß-Kleinhirnquotienten, fast zur Gewißheit, daß die paralytische Kleinhirnatrophy Ursache der Bewegungsstörungen war. — Wenn das absolute Kleinhirngewicht dieses Kranken mit 110 g an sich schon niedrig erscheint, so ergibt doch erst die Berechnung des Groß-Kleinhirnquotienten ein anschauliches Bild über den Grad der Verkleinerung dieses Kleinhirnes. Auch hierdurch dürfte der Nutzen einer konsequenten Berücksichtigung dieses Quotienten dargelegt sein.

Die Frage, ob es überhaupt angeboren abnorm leichte oder schwere Kleinhirne gibt, derart, daß der Groß-Kleinhirnquotient zweifellos zu hoch (9,0 und mehr) oder zu tief (6,5 und weniger, auch ohne Mikrozephalie) wird, muß bejaht werden, z. B. im Hinblick auf die Mitteilungen von Doursout.¹⁾ Diese rein angeborenen Gewichtsanomalien sind aber in stärkerer Ausbildung doch wohl recht selten. Ob sie in allen Fällen bestimmte klinische Erscheinungen machen können, ist noch nicht zu entscheiden.

Tabelle 12 bringt zunächst die Hirngewichtszahlen eines 25jährigen Kretinen²⁾, der bei einer Körpergröße von 104 cm einen absolut infantilen Habitus hatte und in seinem Leben niemals hat laufen lernen. Es ist diese Tatsache im höchsten Grade interessant im Hinblick auf das leichte Kleinhirn

¹⁾ Annales médico-psychol. 1891 S. 345.

²⁾ Krankengeschichte veröffentlicht von Bayon. Beitrag zur Lehre vom Kretinismus. Würzburg. Stuber 1903.

und den abnorm hohen Groß-Kleinhirnquotienten von 9,5, wie ihn Kinder in den ersten Lebensmonaten haben, bevor sie laufen lernen. Ich kann mich hier *Bayons* Ansicht nicht anschließen, welcher (S. 34) anzunehmen geneigt ist, daß das Kleinhirngewicht von 100 g bei Ferdinand Stock einem Kindesalter von 7—8 Jahren entspricht, wie ja auch sonst die Entwicklung dieses Kretinen jene eines 7—8jährigen Kindes war. Zweifellos mag es 7—8jährige Kinder geben, die nur ein 100 g schweres Kleinhirn haben; aber sie werden dabei keinen Groß-Kleinhirnquotienten von 9,5 haben, wenn ihr Körper und Gehirn normal entwickelt und proportioniert ist, nachdem erwiesen ist, daß bereits vom 9. bis 10. Lebensmonate an der Groß-Kleinhirnquotient mit 7,0 bis 8,5 konstant bleibt. Wenn bei Ferdinand Stock die Entwicklung des übrigen Körpers die eines 7—8jährigen Kindes war, so war die Entwicklung seines Kleinhirnes im Verhältnis zu seinem Großhirne diejenige eines 6 bis 7 Monate alten Kindes. Ob diese ganz auffallend zurückgebliebene Kleinhirnentwicklung Ursache oder Folge war der völligen Unfähigkeit, das Gehen und Stehen zu erlernen, bleibe hier ganz dahingestellt. Daß man aber einerseits die Unfähigkeit zu gehen und stehen, und andererseits die mangelhafte Entwicklung des Kleinhirnes in Beziehung bringen darf, ist selbstverständlich. — Kretinen, welche gut laufen können, haben auch ein, ihrem Großhirn entsprechend schweres Kleinhirn (Tabelle 1 Nr. 6, Tabelle 6 Nr. 8).

Ein angeboren auffallend kleines Cerebellum ist ferner vielleicht anzunehmen bei dem zweiten Kranken auf Tabelle 12, obwohl er mit 65 Jahren schon an die Grenze des Senium gelangt ist und das niedrige Kleinhirngewicht Folge einer beginnenden senilen Atrophie sein könnte. Eine stärkere Gesamthirnatrophie oder -schwellung bestand nicht, soweit aus dem mutmaßlichen Schädelinhalte Schlüsse zu ziehen gestattet ist.

Da dieser letzte Kranke an starker Sprachstörung litt und letztere, als Koordinationsstörung, mit einer Kleinhirnanomalie in Zusammenhang gebracht werden könnte,¹⁾ so ist jedenfalls sehr

¹⁾ Vgl. z. B. auch die reiche kasuistische Zusammenstellung und Bearbeitung von *Adler*. Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen. Wiesbaden. Bergmann. 1899.

bemerkenswert, daß unsere drei Paralytiker auf Tabelle 11 mit sehr niedrigem Kleinhirngewicht keine Sprachstörung hatten. Eine solche, und zwar die skandierende Sprache der multiplen Sklerose, fand sich dagegen bei den beiden ersten Kranken der Tabelle 5. Wahrscheinlich können anarthrische Sprachstörungen von verschiedenen Stellen des Zentralnervensystems ausgelöst werden. Die spezifisch paralytische Sprachstörung scheint ihre anatomische Läsion hingegen nicht im Kleinhirn zu haben.

Zusammenfassung.

Das Gewicht des Kleinhirnes schwankt in ganz erheblichen Grenzen. Die am meisten anzutreffenden Gewichtszahlen gesunder erwachsener Personen mittleren Alters liegen zwischen 130 und 150 g. Hierbei kommen im einzelnen Gewichtsunterschiede derart vor, daß von zwei gleich schweren Gesamthirnen das eine ein bis zu 25 g schwereres Kleinhirn haben kann, als das andere. Die Ursache und Bedeutung dieser physiologischen Schwankungen des Kleingehirngewichts ist unbekannt.

Es gibt ferner auch ein angeboren abnorm leichtes oder schweres Kleinhirn; doch scheinen solche Anomalien sehr selten zu sein.

Um zu prüfen, ob ein Kleinhirn normal groß ist oder nicht, ist sein Gewicht in Beziehung zum Gewicht der Großhirnhemisphären zu bringen. Denn, abgesehen von den erwähnten, in gewissen Grenzen sich vollziehenden individuellen Schwankungen, ist Größe und Gewicht des Kleinhirnes abhängig von der Größe und dem Gewichte des Großhirnes. Der Gewichtsquotient $\frac{\text{Großhirn allein}}{\text{Kleinhirn allein}}$ liegt beim Erwachsenen fast durchweg zwischen 7.0 und 8.5. Zahlen unter 6,5 und von 9.0 an aufwärts sind stets mit erhöhter Aufmerksamkeit zu betrachten und deuteten in unseren Fällen immer auf pathologische Zustände.

Die Berechnung dieses Groß-Kleinhirnquotienten ermöglicht, trotz der physiologischen, auch in der Spielbreite des Quotienten sich ausdrückenden Gewichtsschwankungen des Kleinhirnes, ein viel exakteres Urteil über allfällige Kleinhirnatrophie usw., als es das absolute Kleinhirngewicht vermag. Eine pathologische

Gewichtsvermehrung bzw. Verminderung des Kleinhirnes von 25 g und mehr wird stets durch einen abnorm niedrigen oder hohen Groß-Kleinhirnquotienten sich kundgeben. Bei günstigen Umständen tritt ein abnormer Quotient schon durch geringere Gewichtsänderungen des Kleinhirnes auf. Die Berechnung dieses Quotienten, d. h. die Berücksichtigung des zum Kleinhirn gehörigen Großhirns wird deshalb zur Notwendigkeit z. B. in allen Fällen, wo man eine stärkere „Kleinhirnatrophie“ vermutet, da nur dieser Quotient eine einigermaßen exakte zahlenmäßige Angabe über den Grad der Atrophie gestattet.

Da aber das Gesamthirn — also in erster Linie das Großhirn — sich seinerseits ebenfalls pathologisch verkleinern oder vergrößern kann, und es u. a. eine harmonische Groß-Kleinhirnatrophie gibt, ist ferner die Berücksichtigung der Schädelkapazität bei der Berechnung von unbedingter Notwendigkeit.

Ein gesetzmäßiger Einfluß der Körpergröße auf das Gewicht des Kleinhirns hat sich nicht deutlich feststellen lassen, wenn auch oft genug große Menschen ein großes, — und kleine Menschen ein kleines Gesamthirn, und damit auch Kleinhirn haben. Auch der von *Weisbach* aufgestellte Satz, daß bei großen Menschen das Kleinhirn relativ schwerer sei (Quotient also mehr bei 7,0), als bei kleinen Menschen (Quotient mehr bei 8,0), erleidet im einzelnen so viele Ausnahmen, daß von einer Gesetzmäßigkeit nicht die Rede sein kann.

Ein Einfluß einer interkurrenten Todesursache (speziell Infektionskrankheiten) auf das Gewicht des Kleinhirnes der Erwachsenen hat sich nicht feststellen lassen. Wenn es im Gefolge einer zu Tode führenden Infektionskrankheit zu einer (im Verhältnis zur Kapazität) pathologischen Gewichtsvermehrung kommt, was aber bei Erwachsenen anscheinend sehr selten ist, so scheint in erster Linie sich das Großhirn an der Gewichtsvermehrung zu beteiligen.

Eine universelle hochgradige Körperabmagerung läßt das Gesamthirngewicht und damit auch das Kleinhirngewicht unbeeinflusst.

Bei der Geburt und in den ersten Lebensmonaten des Kindes ist der Groß-Kleinhirnquotient ein bedeutend höherer, als

im Erwachsenen. Das Kleinhirn wächst aber bis zum 9. bis 10. Lebensmonat bedeutend rascher, als das Großhirn, so daß der Groß-Kleinhirnquotient am Ende des ersten Lebensjahres derselbe ist, wie beim Erwachsenen. Es liegt nahe, das schnellere Wachstum des Kleinhirns in Verbindung zu bringen mit der zunehmenden Fähigkeit des Zentralnervensystems, koordinierte Bewegungen, speziell auch Gehen und Stehen, zu erlernen. Hierfür läßt sich auch die Beobachtung anführen, daß ein 25 jähriger Kretin von völlig infantilem Habitus, welcher niemals hatte gehen und stehen erlernen. einen Groß-Kleinhirnquotient von 9,5 hatte, also ein in seiner Entwicklung sehr zurückgebliebenes, auf der Stufe des 3—8 Monate alten Kindes stehengebliebenes Kleinhirn.

Entsprechende Gehirnwägungen bei Säugetieren machen es wahrscheinlich, daß Tiere, welche von Geburt an motorisch lebhaft sind und sofort laufen können, mit einem relativ schwereren Kleinhirn (niedriger Quotient) geboren werden als Tiere, welche, wie der Mensch, erst nach einer gewissen Lebenszeit das Laufen erlernen.

Im Greisenalter trifft man unverhältnismäßig viel niedrige Kleinhirngewichte und dementsprechend höhere Quotienten (auch ohne allgemeine Hirnatrophie) an. Möglicherweise reduziert sich vielfach im Senium das Gewicht des Kleinhirnes mehr und eher, als das des Großhirnes. Einige der mannigfachen Motilitätsstörungen (Tremor, Ataxie usw.) des Greisenalters sind vielleicht als Folge solcher regressiver Veränderungen im senilen Kleinhirn anzusehen.

Bei den Hirnkrankheiten, die zu einem Schwund des Gesamthirnes führen können (also in erster Linie Paralyse und Dementia senilis), kann der Groß-Kleinhirnquotient innerhalb ganz normaler Grenzen bleiben, d. h. der Schwund des Kleinhirnes geht im großen und ganzen harmonisch mit dem des Großhirnes vor sich (soweit man bei dem Spielraum der Quotientzahl beurteilen kann). Bei starkem Kleinhirnschwund sind klinisch oft charakteristische Kleinhirnsymptome nachzuweisen.

In anderen Fällen atrophiert vorwiegend das Großhirn, und dann wird der Quotient zu klein — hauptsächlich bei Paralyse. Oder es schwindet (häufiger im Senium) vorwiegend das Kleinhirn. dann steigt der Quotient eventuell über 9,0.

Bei Mikrozephalie ist in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Groß-Kleinhirnquotient abnorm niedrig, und zwar bei Mikrozephalien mittleren und geringeren Grades in der Regel mit normalem oder sogar auffallend hohem absoluten Kleinhirngewicht. Diesem niedrigen Groß-Kleinhirnquotienten kommt vielleicht, bei geringer Schädelkapazität und bei Fehlen von Hirnschwund, eine für Mikrozephalie pathognomonische Bedeutung zu.

Bei einer pathologischen Vergrößerung des Großhirns (Tumor, Hirnschwellung usw.) steigt selbstverständlich auch der Quotient an. Bei der, als Hirnschwellung beschriebenen, besonderen Vergrößerung des Gehirns scheint das Großhirn sich entweder isoliert, oder wenigstens stärker als das Kleinhirn zu vergrößern. Man trifft daher bei Hirnschwellung meist hohe Groß-Kleinhirnquotienten.

Als Nebenergebnis dieser Untersuchungen sei erwähnt, daß abgesehen von den direkt zum Kleinhirn hinziehenden Bahnen des Rückenmarks, eine Hinter- oder Seitenstrangdegeneration im Rückenmark, auch wenn sie sehr beträchtlich ist, ohne deutlichen Einfluß ist auf allfällige Kleinhirnatrophie.

In den ganzen vorstehenden Ausführungen habe ich mich meist nur referierend verhalten und von Hypothesen und Vermutungen abgesehen. Die Abhandlung bezweckt, in erhöhtem Maße das Interesse auf die Gewichtsverhältnisse des Kleinhirns im normalen und pathologischen Zustande, speziell in seinen Beziehungen zum Großhirngewicht, zu lenken und zu weiteren Untersuchungen in dieser Richtung anzuregen, namentlich auch bei Krankheiten, die wegen Mangels an Material nicht in die vorstehenden Tabellen aufgenommen werden konnten, aber doch eventuell bedeutendere Kleinhirngewichtsanomalien aufweisen (multiple Sklerose, *Friedreichs*che Krankheit, unkomplizierte Tabes, *Huntingtons*che Chorea, Athetose usw.). Wenn man auch jetzt bestrebt ist, möglichst viele wissenschaftliche Fragen mit dem Mikroskop zu lösen, so dürfen darüber doch keineswegs Untersuchungsmethoden, wie die Bestimmung des Hirngewichtes, der Schädelkapazität usw. vernachlässigt werden, weil sie oft genau

icht nur eine sehr erwünschte Ergänzung zu den mikroskopischen Befunden, sondern gelegentlich sogar bessere Aufklärung bringen können, als das Mikroskop es vermag.

Anhang.

Kleinhirn und Geschlechtstrieb.

Die alte Ansicht von *Gall*, daß das Kleinhirn in Beziehung um Geschlechtstrieb stünde, hätte längst als abgetan gelten müssen, wenn nicht *Moebius*¹⁾ in seiner Schrift über *Gall* u. a. auch von neuem als wahrscheinlich hingestellt hätte, daß Kleinhirn und Geschlechtstrieb doch etwas miteinander zu tun hätten. Die Beweisführung *Galls* ist durch *Rieger* in seiner Monographie über die Kastration²⁾ ad absurdum geführt worden, und *Moebius* hat in einer Entgegnung hierauf³⁾ nichts wesentliches gegen die *Riegersche* Beweisführung vorbringen können. Welchen Schaden aber diese „Ehrenrettung *Galls*“ angestiftet hat, sieht man am besten daraus, daß seine Lehre vom möglichen Zusammenhang zwischen Kleinhirn und Geschlechtstrieb z. B. in das sonst doch wohl ernst zu nehmende Lehrbuch der Physiologie von *Bunge*⁴⁾ übergewandert ist. Und an dem weiteren Fortwuchern der *Gallschen* Lehren werden auch die wenigen Stimmen vorläufig nichts ändern können, die noch gegen die *Gallschen* Hypothesen Einspruch erhoben haben.⁵⁾ Es gilt also, weiter Material gegen die *Gall-Moebiussche* Anschauung herbeizuschaffen.

In der zweiten Schrift von *Moebius*: Über die Wirkungen der Kastration (*Halle, Marhold* 1903) steht auf S. 67 folgender Satz:

„Leider bin ich, ebensowenig wie *Rieger*, nicht imstande, aus eigener Erfahrung etwas beizubringen; das Reden hilft daher vor der Hand nichts.“

Dieser Satz bezieht sich auf die Behauptungen des Phrenologen *Gall*: daß Männer, die längere Zeit vor ihrem Tode einen oder beide Testikel verloren haben, und Frauen, die längere Zeit vor ihrem Tode eines oder beide Ovarien verloren haben, bei der

¹⁾ Schmidts Jahrbücher 1899 Bd. 262. 263. 267. 269. 271.

²⁾ Jena Gustav Fischer 1900.

³⁾ Über die Wirkungen der Kastration. Halle, Marhold. 1903.

⁴⁾ F. C. W. Vogel 1901.

⁵⁾ *Nissl*, Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychatrie 1902 S. 712.

Sektion ein anderes Cerebellum zeigen sollen, als Männer oder Frauen, denen nichts an Testikeln oder Ovarien passiert ist. Es sind nun zufällig in der hiesigen psychiatrischen Klinik zwei Männer zur Sektion gekommen, die schon lange Jahre vor ihrem Tode einen Testikel verloren hatten und bei deren Sektion deshalb auf das Cerebellum mit besonderer Genauigkeit geachtet worden ist. Außerdem ist in der Klinik ein Mädchen von 28 Jahren seziiert worden, an der schon im Leben aufgefallen war, daß sie niemals die Menstruation gehabt hatte, und daß die sekundären Sexualmerkmale: Mammae und alle Behaarung außer den Kopfhaaren, völlig fehlten. Bei der Sektion zeigte es sich dann auch, daß Uterus und Ovarien völlig auf kindlicher Stufe stehengeblieben waren. Auch bei diesem weiblichen Wesen wurde deshalb mit besonderer Aufmerksamkeit auf das Cerebellum geachtet. In nachstehenden sollen die entsprechenden Konstatierungen mitgeteilt werden. Gleichzeitig kann hier noch bemerkt werden, daß diejenigen, welche sich für diese Frage interessieren, heute zutage beim weiblichen Geschlecht nicht zu selten Gelegenheiten finden dürften, sie durch Sektionen zu entscheiden. Denn daß weiblichen Wesen eines oder beide Ovarien entfernt werden, ist ja nicht selten. Nur wird es allerdings selten vorkommen, daß der Arzt, der die Gelegenheit hat, eine solche Frau längere Zeit nach der Ovariectomie zu sezieren, auch gerade daran denkt, daß er sein Augenmerk besonders auf das Cerebellum richten sollte. Es scheint deshalb auch noch nie vorgekommen zu sein, daß in neuerer Zeit jemand einen solchen Fall in diesem Sinne beobachtet hätte.

1. Dieterich, Franz, von Wolfsmünster, Fuhrmann, geboren 2. August 1883, aufgenommen wegen Paralyse 21. Februar 1900, gestorben 26. Mai 1901.

Vergl. hierzu die Krankengeschichte S. 228. In der Anamnese heißt es außerdem: Als Fuhrknecht verunglückte er einmal dadurch, daß er vom Wagen fiel; der Wagen ging über ihn hinweg und er trug starke Verletzungen davon, in deren Folge fehlt ihm der linke Testikel. In der linken Skrotalhälfte befindet sich nur ein kleiner Rest, vermutlich die Epididymis. Ferner Frakturen am Oberarm, Unterschenkel, Rippen.

Bezüglich der Hirngewichtszahlen vergl. Tabelle 11 Nr. 2.

In der Totengeschichte heißt es ferner: Das Cerebellum ist, im ernsthaftem Sinne, deshalb interessant, weil es in der Krankengeschichte heißt: daß seine motorischen Symptome speziell auf das Kleinhirn hinwiesen.

(cerebellare Ataxie, s. o.) — und weil nun in der Tat das Cerebellum nur 110 g gewogen hat, bei einem Groß-Kleinhirnquotienten von 9,5.

Ferner kann das Cerebellum auch noch in Betracht kommen in bezug auf die phrenologischen Lügen, weil seine rechte und linke Hemisphäre völlig gleich groß sind und Dieterich dabei schon vor langen Jahren den linken Testikel verloren hatte.

2. Ritter, Martin, von Astheim, Häcker, geboren 1844. Aufgenommen wegen Hirntumor am 13. Januar 1901, gestorben 19. Februar 1901 (Krankengeschichte siehe Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 28 S. 317).

Ferner heißt es in der Krankengeschichte: Er hat während seiner Militärdienstzeit einen Testikel verloren, — ob durch Unfall oder durch Geschlechtskrankheit, kann aber nicht mehr festgestellt werden. In der Tat fehlt auch der linke Testikel bis auf einen kleinen Rest, der möglicherweise der Nebenhoden sein kann. Eine Hautnarbe ist nicht vorhanden.

Bezüglich der Hirngewichtszahlen siehe Tabelle 10 Nr. 6. Das Kleinhirn hat das mittlere Gewicht von 130 g. Der Groß-Kleinhirnquotient ist hoch (8,9) wegen der bestehenden Großhirnswellung. In der Totengeschichte wird ferner ausdrücklich hervorgehoben, daß beide Kleinhirnhälften genau gleich groß und gleich schwer sind (65 g).

3. Krämer, Luzie, aus Schöna, Tünchnerstochter, geboren 1872. Aufgenommen wegen Melancholie am 22. September 1901. Gestorben infolge Platzens eines kleinen Aortenaneurysma am 25. November 1901.

Sie macht, bei 130 cm Länge, im wesentlichen den Eindruck eines kretinösen Zwerges. Indes ergibt sich bei der Sektion, daß sie eine völlig normale Schilddrüse von 30 g Gewicht hat. Was am meisten den Verdacht auf Kretinismus erweckt hatte, war der völlige Mangel an sekundären Sexualmerkmalen, abgesehen davon, daß ihre Kopfhaare zwar nicht besonders reich, aber doch genügend weiblich entwickelt sind. Außer den Kopfhaaren hat sie am ganzen Körper so wenig Behaarung wie ein kleines Kind. Sie hat auch nicht die mindeste Entwicklung von Brüsten; hatte nie Menstruation. — Kein Myxödem, keine Sattelnase, keine Makroglossie. — Keine Idiotie. Die jetzige Geistesstörung ist ganz akut ausgebrochen.

Bei der Sektion fanden sich, entsprechend dem Fehlen jeder sekundären Sexualentwicklung, die inneren Genitalien völlig auf kindlicher Stufe. Uterus und Ovarien minimal entwickelt, fast wie bei einem neugeborenen Kinde.

Über ihre Hirngewichtszahlen vergl. Tabelle 1 Nr. 1. Das Kleinhirn wog 120 g (eine durchaus normale Zahl), der Groß-Kleinhirnquotient ist mit 8,1 ebenfalls völlig normal, — trotz des Mangels jeder sekundären Sexualentwicklung.

Die ersten beiden Krankengeschichten widerlegen schlagend die Behauptung Galls, daß Verlust oder Zerstörung eines Testikels Verkleinerung der kontralateralen Kleinhirnhemisphäre haben müßte. Die dritte Krankengeschichte ist ein Beweis dafür, daß

auch bei völligem Infantilismus mit Fehlen aller sekundären Sexualentwicklung doch das Kleinhirn ganz normal groß und dem Großhirn proportioniert ist.

In ähnlicher Weise zeigten die beiden jugendlichen Paralytischen (Franz Joseph Winter, Tabelle 7 Nr. 6¹⁾ und Margarete Hesselbach Tabelle 7 Nr. 15) bei zurückgebliebener, bezw. direkt infantiler Körperentwicklung doch ein ganz normal schweres (130 g), sogar auffallend schweres (145 g) Kleinhirn. Wenn ferner ein Merkmal des Kretinismus u. a. auch die fehlende, bezw. protrahierte Entwicklung des Genitalsystems ist, so haben doch zwei unserer Kretinen, Martin Ebert und Adam Söllner (Tabelle 1 Nr. 6 und Tabelle 6 Nr. 8), durchaus ein normal schweres Kleinhirn. Wenn bei dem dritten Kretinen, Ferdinand Stock (Tabelle 12 Nr. 1), ein zu leichtes Cerebellum gefunden wurde, so ist der Grund hiervon in der Unfähigkeit des Kranken, zu gehen und stehen, zu suchen, wie oben bereits auseinandergesetzt, und nicht in dem Mangel sekundärer Sexualentwicklung.

Daß das Kind schon 9 bis 10 Monate nach der Geburt ein (im Verhältnis zu seinem Großhirn) ganz normal großes und schweres Cerebellum hat, und nicht erst im Beginn der Pubertätsentwicklung, wurde ebenfalls schon früher erwähnt.

Auch das Aufhören der libido sexualis fällt zeitlich nicht zusammen mit dem allfällig eintretenden senilen Schwund des Kleinhirnes. Bei den meisten Frauen fällt der Klimax und das Erlöschen der libido in das 45. bis 50. Jahr. Von einer senilen Gewichtsabnahme des Kleinhirns ist aber nach unseren Tabellen erst nach dem 65. Lebensjahr etwas zu merken. Und diese ausgesprochen senile Kleinhirnverminderung wird kein vernünftiger Mensch mit dem Erlöschen des Sexuallebens und der klimakterischen Keimdrüsenatrophie in Zusammenhang bringen. Sonst könnte man mit dem gleichen Rechte sagen, daß auch die senile Großhirnatrophie Folge des Erlöschens der Tätigkeit von Testikel und Ovarien sei.

Endlich sei noch folgendes bemerkt: Es wurde weiter oben ausgeführt, daß es oft genug sogar bei der Sektion unmöglich ist

¹⁾ Eine Abbildung findet sich in Weygandts Atlas und Grundriß der Psychiatrie S. 492, Fig. 235.

nach dem Augenmaß zu sagen, ob ein Kleinhirn atrophisch ist, oder nicht, sondern daß, um dies zu entscheiden, außer dem Gewicht des Kleinhirnes die Kenntnis des Großhirngewichtes und eventuell der Schädelkapazität notwendig ist. Wenn nun *Gall* am Lebenden schon ein großes oder kleines Kleinhirn diagnostizieren will, so handelt es sich tatsächlich um weiter nichts, als um „undiskutierbaren Unsinn“ (*Rieger*, Kastration, S. 42). — Die Tatsache, daß das bloße Augenmaß meistens etwas Unzuverlässiges ist, wird auch durch die *Moebiussche* Dialektik nicht aus der Welt geschafft.

Es zeigen diese Ausführungen, daß zwischen Sexualentwicklung und Kleinhirngewicht ein Zusammenhang nicht besteht, — ein Resultat, zu welchem z. B. auch *Doursout* kommt, welcher sich mit dieser Frage beschäftigt hat. Es bleibt also durchaus jener Satz *Riegers* bestehen:

„Tatsächlich fehlt jeder Schatten eines Beweises dafür, daß das Kleinhirn etwas zu tun habe mit dem Geschlechtstrieb; und alles, was *Gall* darüber hat drucken lassen, sind Produkte des blödsinnigsten Altweiberglaubens.“

Ein Fall von progressiver Paralyse mit gehäuften epileptiformen Krämpfen nebst Beobachtungen über das Verhalten des Blutdrucks bei solchen Anfällen.¹⁾

Von

Dr. W. Plaskuda, Assistenzarzt.

Im September vorigen Jahres verstarb in hiesiger Anstalt ein Paralytiker infolge von gehäuften epileptiformen Krampfanfällen. Da der Fall infolge seines letzten Verlaufs das Interesse wachrief und ich in der mir zugänglichen Literatur keinen ähnlichen bisher beschrieben fand, halte ich eine kurze Mitteilung darüber nicht für uninteressant. Apoplektiforme und epileptiforme Anfälle sind ja nach den angestellten statistischen Erhebungen (Mendel, Ascher, Kundt, Kaes, Heilbronner u. a. m.) eine sehr häufige Todesursache bei der Paralyse, und zwar schwanken die Angaben darüber zwischen 20—50 %. Der vorliegende Fall charakterisiert sich folgendermaßen:

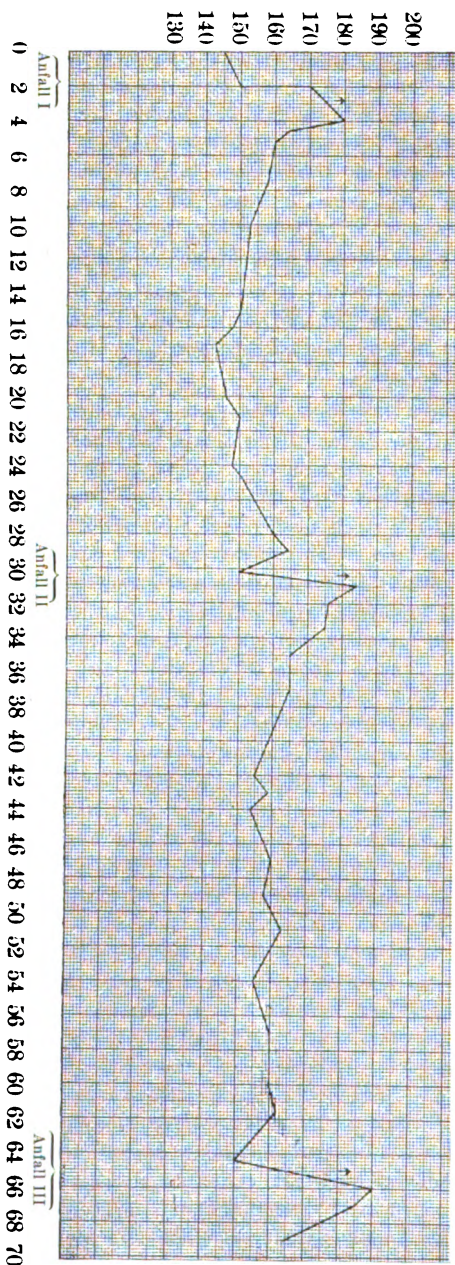
Der 45jährige frühere Schlächtermeister Sch. hat Lues gehabt, früher ziemlich stark getrunken, leidet seit Pfingsten 1903 an deutlichen Erscheinungen von Paralyse mit Größenideen, Verschwendungssucht, Erregungszuständen mit Sinnestäuschungen, denen tabische Erscheinungen bereits längere Zeit vorausgegangen sind. Er wird am 2. März 1905 in der hiesigen Anstalt aufgenommen, nachdem 14 Tage vorher plötzlich eine Lähmung die linke Körperseite eingetreten war, die sich wieder gut zurückgebildet hatte. Bei der Aufnahme werden deutliche Erscheinungen einer Paralyse mit tabischen Symptomen (sog. Tabesparalyse) konstatiert. Die Ataxie ist bereits ziemlich stark, die

¹⁾ Aus der Provinzialirrenanstalt bei Ückermünde (Direktor Sanitätsrat Dr. Knecht.)

Störung der Sprache noch nicht sehr ausgesprochen. Die anfänglich starke Erregung, die seine Unterbringung in die Anstalt veranlaßt hatte, klingt bald ab und weicht einem dauernd ziemlich stumpfen Verhalten, das nur zeitweise von Erregungszuständen unterbrochen wird, so daß der Kranke sich meist außer Bett befand. Am 19. Juli und 27. August treten dann mehrere leichte apoplektiforme Anfälle auf, nach denen die Unsicherheit beim Gehen so zunimmt, daß der Patient das Bett nicht mehr verlassen kann. Gleichzeitig macht sich auch psychisch ein gewisser Verfall bemerkbar, indem der Kranke noch stumpfer und teilnahmlloser wird, indessen noch leidlich orientiert bleibt.

Vom 2. September treten jetzt dauernd zahlreiche epileptiforme Krämpfe auf. Die Anfälle sind alle gleichartig, dauern nur kurze Zeit, 1—3 Minuten, und äußern sich in der ersten Zeit in tonisch-klonischen Krämpfen der linken Körperseite nach Art einer Rindenepilepsie.

Der Anfall kündigt sich durch lebhaften Nystagmus horizontalis an, gleichzeitig zucken die Augenlider, die Augen werden nach links außen gedreht, es stellen sich krampfhaft Zuckungen in der Muskulatur der linken Gesichts- und Halsseite ein, wodurch der Kopf fest fixiert und etwas nach links gedreht wird, es folgen zugleich rasch nacheinander tonisch-klonische Krämpfe im linken Arm und linken Bein. Während des nur kurz dauernden Anfalls ist das Gesicht ziemlich stark blaurot injiziert, auch zwischen den einzelnen Anfällen bleibt es etwas gerötet. Das Bewußtsein scheint während der Anfälle aufgehoben. Dieselben treten in den ersten Tagen seltener auf, in 24 Stunden nur etwa 3—5 mal. Nach 5 Tagen ist das linke Bein schlaff gelähmt, ebenso der linke Arm. Vom 7. September ab treten dann die Anfälle häufiger auf, 20—30 und noch mehr in 24 Stunden. Vom 9. September ab greifen die Krampferscheinungen auch auf die rechte Körperseite über, und es treten nacheinander im Anfall tonisch-klonische Krämpfe erst in der linken und dann in der rechten Körperseite auf, und zwar überdauern die Zuckungen linkerseits etwas die rechterseits. Die Anfälle dauern auch jetzt nur wenige Minuten, sind aber stets sehr intensiv. Auffällig ist das psychische Verhalten in den freien Zeiten. Der Kranke kommt gleich nach dem Anfall wieder zur Besinnung, gibt auf Befragen Antwort, weint manchmal, kennt seine Umgebung, sieht sich auch wohl um, fühlt sich schwach, bis plötzlich wieder ein neuer Anfall auftritt. Die Sprache ist zuerst nicht wesentlich mehr gestört wie im Beginn des hiesigen Aufenthalts. Die Krämpfe gehen Tag und Nacht weiter, während derselben kommt es häufig zu unfreiwilligem Urinabgang. Am 21. September treten über 100 einzelne Anfälle auf. Hierauf stellt sich mäßiges Fieber ein, das bisher nicht beobachtet wurde, sowie starke Benommenheit. Die Anfälle werden seltner und werden nur noch vereinzelt 4—5 mal am Tage notiert, während schon die Agone langsam beginnt: der Tod erfolgt erst am 24. September. Auch am letzten Tage werden noch vereinzelte ganz kurze Anfälle beobachtet. Insgesamt werden in den 23 letzten Krankheitstagen 565 einzelne Anfälle gezählt, eine Zahl, die sicherlich noch etwas zu niedrig ist, da nachts ein Anfall leicht der Aufmerksamkeit



entgehen kann. Die Sektion ergibt als letzte Todesursache eine hypostatische Pneumonie im rechten Unterlappen. Am Gehirn finden sich: chronische fibröse Leptomeningitis, Ödem der weichen Häute, der Ventrikel sowie des ganzen Hirns. Atrophie der Rinde; makroskopisch kein erkennbarer Herd, auf den man den Ausgangspunkt der Krämpfe zurückführen könnte.

Es zeichnet sich also der vorliegende Fall aus durch die außerordentlich große Zahl (565) epileptiformer Krampfanfälle, durch den langen Zeitraum, über den sich dieselben erstrecken, sowie dadurch, daß in den freien Zeiten, ausgenommen die letzten Tage, keine wesentliche Veränderung des psychischen Bildes eintritt.

Es gelang mir mittels des Sphygmomanometers von Riva-Rocci, das bei einiger Übung durchaus zuverlässige Werte gibt, einige fortlaufende Messungen anzustellen, aus denen man sich über das Verhalten des Blutdrucks im Verlauf der Anfälle ein Bild machen kann, worüber, wie ich gesehen habe, Beobachtungen bis-

her noch nicht gemacht wurden. Ich bemerke, daß selbstverständlich während des Stadiums der Konvulsionen weder eine Blutdruckmessung infolge der Anspannung der Armmuskeln — die Armbinde wurde am linken Oberarm angelegt und während des Krampfs schnell etwas gelockert — noch eine Pulszählung möglich ist. Es war mir indes möglich, gleich im Beginn des Anfalls, der sich durch lebhaften Nystagmus ankündigte, so lange bis sich die Armmuskeln zu kontrahieren anfangen, und gleich nach Schlaffwerden der Muskulatur fortlaufend zu messen. Die Deutung der beigefügten Kurve ist folgende:

Die Abszissenzahlen bedeuten die Zeit in Minuten, die Zahlen der Ordinate die Höhe des Drucks in mm. Quecksilber. Es ist während dreier Anfälle und in der Zwischenzeit gemessen, die Anfälle dauern jeder etwa 3 Minuten. Anfall II und III kündigen sich durch geringe Erhebung des Drucks an, kurz vor Einsetzen der allgemeinen Krämpfe fällt der Druck um etwa 10 mm. Die erste Messung beginnt gerade in diesem Stadium. Beim Einsetzen der Zuckungen steigt dann der Druck plötzlich hoch an und ist also wahrscheinlich während des Krampfstadiums noch bedeutend höher, was der Pfeil andeuten soll. Nach dem Schlaffwerden der Muskulatur besteht noch einige Minuten ziemlich hoher Druck, der allmählich abfällt. Auch in den freien Zeiten ist der Druck mäßig erhöht. Den Puls habe ich während des zweiten Anfalls bei Min. 31 90 Schläge gefunden, er fiel dann bei Min. 33 nach Aufhören des Anfalls auf 68, betrug sonst zwischen 74—84 Schläge in der Minute, so daß also dem erhöhten Druck auch ein schnellerer Puls und umgekehrt zu entsprechen scheint.

Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychosen.¹⁾ (Generationspsychosen.)²⁾

Von

G. Herzer, früher Assistenzarzt der psychiatr. Klinik zu Basel.

Als „Puerperalpsychosen im weiteren Sinne“ werden psychische Störungen bezeichnet, die in einer Phase des Fortpflanzungsgeschäftes des Weibes auftreten und demnach in Graviditäts-, eigentliche Puerperal- und Laktationspsychosen unterschieden werden. Ihr Vorkommen wird mit 1 Fall auf 400³⁾ Geburten angegeben; wenn nur Fälle eigentlicher Psychosen in Betracht gezogen werden, also beim Weglassen z. B. der Fieberdelirien, dürfte von etwa 600 Geburten nach meinem Befund eine den Anlaß zu psychischer Erkrankung geben. Als eigentliche Puerperalpsychosen werden dem Usus entsprechend die in den ersten sechs Wochen post partum, als Laktationspsychosen die von diesem Zeitpunkt an bis sechs Monate p. p., bei längerem Stillen auch noch später, auftretenden Psychosen bezeichnet. Die Trennung dieser beiden Formen ist eine willkürliche, weder in Uterusinvolution noch Stillgeschäft begründete. Letzteres muß überdies aus ver-

1) Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Basel.

2) Den Untertitel „Generationspsychosen“ habe ich gewählt, weil er mir korrekter die in einer Generationsphase auftretenden Psychosen zu bezeichnen scheint, als der im Lauf der Zeit mit der gleichen Bedeutung gebrauchte Name „Puerperalpsychosen“. Hansen schlägt vor, letzteren Ausdruck auf solche Psychosen zu beschränken, von denen man annehmen kann, daß sie mit puerperaler Infektion in Verbindung stehen.

3) Das Verzeichnis der benutzten Literatur findet sich am Schluß.

chiedenen Gründen öfters unterbleiben, sei es infolge Todes des Kindes, Mangel an Milchsekretion, Hohlwarzen oder aus anderen Gründen. Alle Fälle solcher Art habe ich, schon ihres zahlreichen Vorkommens halber, ebenfalls in die Arbeit aufgenommen. Nicht aufgenommen habe ich Fälle von transitorischer Geistesstörung, wie sie während der Geburt vorkommen können, sowie Fälle von Infektionsdelirien; solche Fälle kommen auch nur ausnahmsweise in psychiatrischen Anstalten zur Beobachtung.

Das verarbeitete Material der Basler psychiatrischen Klinik umfaßt die Krankengeschichten der letzten 25 Jahre; einige der Fälle habe ich im Beginn oder Verlauf während meiner ärztlichen Tätigkeit an der Anstalt selbst beobachtet. Die Patientinnen stammen teils aus der Stadt Basel, teils aus der übrigen Schweiz und dem benachbarten Elsaß und Baden; Stadt- und Landbevölkerung ist ziemlich gleichmäßig vertreten. Periodisch gehäuftes Auftreten von Puerperalpsychosen wurde nicht beobachtet. Die Formen wurden im wesentlichen nach der *Kraepelinschen* Lehre bestimmt und die Diagnosen, wo erforderlich, in diesem Sinne revidiert. Die sorgfältige Durchsicht von 1896 Krankengeschichten ergab 221 Fälle = 11,7% von beim Generationsgeschäft psychisch erkrankten Frauen; miteingerechnet sind die Fälle, in denen ein Rezidiv. einmal erst nach Jahren, die Patientinnen in die hiesige Anstalt brachte. Durch an Angehörige, sowie an Gemeindebehörden und Anstalten gesandte Fragebogen ließ sich eine deutliche Übersicht über die ferneren Lebensschicksale der meisten Patientinnen gewinnen.

Bei der Bearbeitung stellte ich mir die Aufgabe zu ermitteln: Häufigkeit und Form der Puerperalpsychosen, ihre Verteilung auf die verschiedenen Generationsphasen, ferner besonders Verlauf und Prognose in Hinsicht auf Heredität, Geburtenzahl, ätiologisch mitwirkende Momente wie Infektion, Trauma usw.

Wenn auch in dieser Hinsicht die Resultate der Autoren noch keine einheitlichen sind, so sind doch wohl alle darin einig, daß es keine spezifische Puerperalpsychose gibt und die Vorgänge einer der Generationsphasen nur als bei vorhandener Prädisposition Psychosen auslösend, nicht aber als verursachend anzusehen sind.

Die 221 Fälle verteilen sich auf folgende klinische Formen:

Dementia praecox	107
Manisch-depressives Irresein	32
Hysterie	18
Akute Verwirrtheit (Amentia)	15
Alkoholisches Irresein	12
Epilepsie	11
Neurasthenie	5
Paralysis progressiva	4
Eklampsie	2
Chorea, Imbezillität	2
Unsichere Diagnosen	13

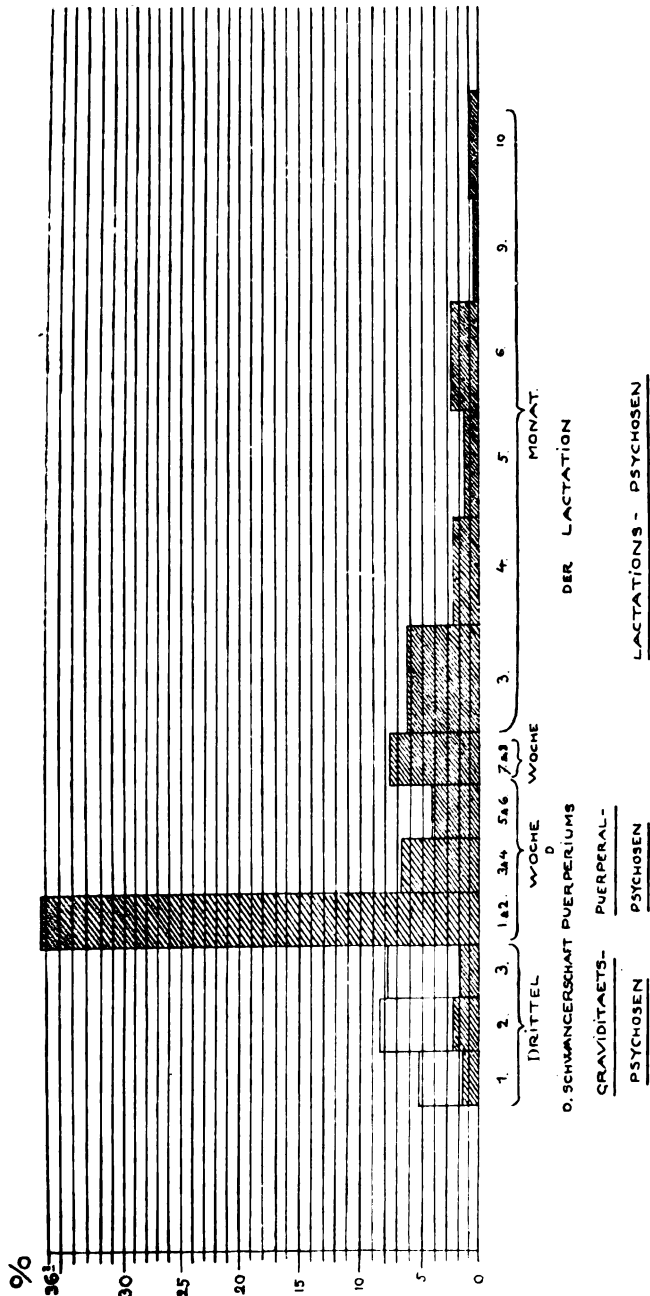
Der Krankheitsausbruch erfolgte während der Gravidität in 46 Fällen (21,2 %), im Puerperium in 102 Fällen (47,0 %), in der Laktationszeit in 69 Fällen (31,8 %), in einigen weiteren Fällen war er nicht genauer festzustellen.

Von den 46 Graviditätspsychosen waren 10 im Anfang, 19 in der Mitte und 17 am Ende der Gravidität erkrankt.

Bei den 102 eigentlichen Puerperalpsychosen begann die Psychose akut bei 2 am ersten Tag, 4 am zweiten Tag, 1 am dritten Tag, bei weiteren 20 im Lauf der ersten Woche, bei 10 im Lauf der zweiten Woche, hierzu kommen 43 Fälle, die in den ersten 2 Wochen erkrankten, ohne daß eine genauere Bestimmung des Zeitpunkts des Krankheitsausbruchs festgestellt werden konnte — zusammen somit 80 Fälle = 78,4 % sämtlicher Psychosen der Puerperiumsphase oder 36,2 % aller Generationspsychosen überhaupt in den 2 ersten der Geburt folgenden Wochen. Hierauf geht die Zahl der Erkrankungen zurück, und zwar auf je 7 in der dritten und vierten Woche, in der fünften auf 3, in der sechsten auf 5 Fälle, um in der folgenden Laktationszeit zunächst wieder etwas zu steigen.

Von den 69 Laktationspsychosen erkrankten in der siebenten und achten Woche p. p. 16, im dritten Monat 26, im vierten Monat 8, im fünften Monat 4, im sechsten Monat 10, im neunten Monat 2, im zehnten Monat 3.

Einen Überblick über diese Zahlen gibt die nebenstehende Figur (Die drei Kolonnen „Gravidität“ sind, weil größere Zeitabschnitte enthaltend, nicht gleichwertig den folgenden, das



richtige Verhältnis würde durch etwa sechsfache Verbreiterung des schraffierten Teils derselben hergestellt).

Von den wiederholt bei dem Generationsgeschäft Erkrankten trat das Rezidiv bei 2 am Anfang und bei 3 am Ende der Gravidität auf, 2 erkrankten wieder in der ersten, je 1 in der dritten und vierten Woche, 2 in der fünften Woche, 3 in der siebenten und achten Woche und je 1 im dritten, vierten, fünften und sechsten Monat p. p.

Der einzelnen Generationsphase entspricht kein einheitliches Krankheitsbild; bei dem nach der klinischen Form verschiedenen Verlauf und Ausgang der Psychosen des Generationsgeschäftes empfiehlt sich daher mehr eine Beschreibung nach den Krankheitsformen als nach den Phasen des Ausbruchs. In der Bearbeitung habe ich die Fälle von Dementia praecox, schon der großen Zahl halber, besonders berücksichtigt.

Dementia praecox.

Diese Form psychischer Erkrankung umfaßt einen großen Teil der früher unter Melancholie, Manie, Paranoia, Amentia und Hysterie beschriebenen Erkrankungen.

Es kann hier nicht die Stelle sein, eine Schilderung des Bildes dieser vielgestaltigen Krankheit zu geben, deren Auftreten zum größten Teil in die erste Lebenshälfte fällt, und deren Ausgang in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mehr oder weniger hochgradige geistige Schwächezustände sind. — Die Scheidung in die hebephrenische, katatonische und paranoide Form habe ich versucht, freilich ohne bei den vielfachen Übergängen zu viel Gewicht auf diese Trennung legen zu wollen.

Von den 107 an Dementia praecox Erkrankten waren hereditär in direkter Aszendenz belastet 30, indirekt 24, Alkoholismus eines oder beider Eltern fand sich bei 6, zusammen in 60 Fällen = 55 % hereditäre Belastung.

Bei 92 trat die Erkrankung erstmals anlässlich des Generationsgeschäftes auf; 15 hatten früher schon einen Anfall psychischer Erkrankung durchgemacht; bei 8 zeigten sich anlässlich einer späteren Geburt Rezidive, nachdem die frühere Krankheit inzwischen als geheilt oder wesentlich gebessert erschienen war.

Graviditätspsychosen. — Die Zahl von 19 Graviditätspsychosen entspricht nahezu dem für diese im allgemeinen gefundenen Prozentsatz, während bei 45 Puerperal- und 41 Laktationspsychosen letztere bei der Dementia praecox einen höheren Prozentsatz als bei anderen Psychosen aufweisen.

Von diesen 19 Fällen Graviditätspsychosen waren 10 direkt oder indirekt hereditär belastet. 2 der Patientinnen waren schon in den Mädchenjahren in leichterem Grade von der Krankheit befallen worden; 3 weitere waren früher immer schon als psychisch auffällig erschienen; 1 litt vor der ersten Gravidität schon zehn Jahre lang an Pavor nocturnus; bei 1 Patientin war in beiden früheren Schwangerschaften infolge unstillbaren Erbrechens der künstliche Abort eingeleitet worden. Bei 1 Patientin trat die Erkrankung als postinfektiöse Psychose 14 Tage nach abgelaufenem Kopfersipel auf. In 4 Fällen wurden von den Angehörigen oder den Patientinnen selbst psychische Traumen wie Todesfall in der Familie, Vermögensverlust, Schreck usw., als Krankheitsursache angeschuldigt.

Der Ausgang war in neun Fällen ein ungünstiger — mittlere bis höhere Grade der Verblödung; in 10 Fällen Heilung resp. so weit gehende Besserung, daß die Patientinnen wenig oder nicht in der Arbeitsfähigkeit beschränkt waren und soziale Existenzmöglichkeit hatten. Dabei sind die Heilungen wohl meist als Defektheilungen anzusehen, wenn auch die katamnesticchen Erhebungen bei erhaltener Arbeitsfähigkeit oft von vollständiger Genesung sprechen. Überdies ist von Heilung und Besserung nur mit dem Vorbehalt zu sprechen, daß die Krankheit bei der folgenden Gravidität oder ohne solche noch nach Jahren rezidivieren kann und dann meist den ungünstigen Ausgang in Verblödung nimmt.

Die Geburt hat meist keinen oder nur vorübergehend günstigen Einfluß auf die Psychose; öfters treten im Anschluß daran Erregungszustände heftigster Art auf.

Die Dauer der Krankheit bis zur beginnenden Besserung oder Heilung beträgt etwa 8 bis 14 Monate, doch kann auch später noch Besserung eintreten — so konnte eine Patientin nach 2 $\frac{1}{2}$, eine andere nach 4 $\frac{1}{2}$ jähriger Anstaltsbehandlung in die Familie

zurückkehren — erstere für 10 Jahre, letztere ebenfalls für einige Jahre, worauf Rezidive zu dauernder Verblödung führten.

Dem Alter und Ausgang nach waren:

25—30 Jahre alt	11 Frauen, davon gebessert 4, ungeheilt 7
30—35 „ „	3 „ „ „ 2 „ 1
35—40 „ „	2 „ „ „ 1 „ 1
40—45 „ „	3 „ „ „ 3 „ —

Die Graviditätszahl verhält sich folgendermaßen zu Alter und Ausgang (wobei die punktierten Ziffern die Gravidität angeben in der die Krankheit auftrat):

25—30 Jahre	{ gebessert — — 3. 3. 3., 4.
	{ ungeheilt 1. 1. 1., 2. 2., 3. 3. —
30—35 Jahre	{ gebessert — — 3. 7.
	{ ungeheilt — — — 5.
35—40 Jahre	{ gebessert — — — 5.
	{ ungeheilt 1. — — —
40—45 Jahre	{ gebessert 1. — 3. 3. —
	{ ungeheilt — — — —

Die 5 erstmals und 2 zum zweitenmal graviden Frauen, zu denen die 2 schon in den Mädchenjahren Erkrankten und die an Pavor nocturnus Leidende gehören, verblödeten in verschiedenen großen Zeiträumen alle bis auf eine 43jährige erstmals Schwangere, die gegen Ende der Gravidität mit ausgesprochenen katatonischen Erscheinungen erkrankt war, einen Monat nach der Geburt aber als gebessert entlassen werden konnte. Eine der Patientinnen, die nach der Geburt als „geheilt“ erschienen war, erlitt 1½ Jahre später anlässlich der folgenden Schwangerschaft das zur Verblödung führende Rezidiv. — Von den 8 in der dritten Gravidität Erkrankten konnten als geheilt resp. als gebessert 6 angesehen werden, wozu der oben zitierte Fall von zehnjährigem Krankheitsintervall gerechnet ist. Diese Frau gebar fünf Jahre nach eingetretener Besserung noch einmal, ohne dabei wieder zu erkranken. Die 30jährige 4. Schwangere, bei der die Besserung nur sehr langsam eintrat und die 1903 entlassen wurde, erkrankte wieder je im Anfang der zwei folgenden Schwangerschaften, aber ohne daß Anstaltsbehandlung nötig wurde, und befindet sich zurzeit gut. Die 33jährige 5. Schwangere verblödete rasch nach der Geburt, während die 39jährige gebessert entlassen noch mehrere Jahre

n ihrer Familie leben konnte, das folgende Rezidiv brach beim Tode ihres Mannes aus. Die in ihrer siebenten Gravidität erkrankte Patientin erholte sich nur sehr langsam, konnte seither aber doch 15 Jahre lang ihren Haushalt besorgen mit Ausnahme der Rezidive, die in jeder der vier folgenden Graviditäten und später ohne solche auftraten. Nach der Geburt besserte sich jeweils rasch ihr geistiger Zustand: dieser schien durch das Stillgeschäft, das sie bei einem Zwillingsspaar zwei Jahre lang ausübte, nicht beeinflußt zu werden.

Was die Erscheinungsformen der Dementia praecox betrifft, so zeigten sich bei 6 Fällen hauptsächlich Zustandsbilder von Stupor und katatonischer Erregung, bei 5 weiteren waren Wahnbildungen vorherrschend, die übrigen 8 Fälle waren von Anfang an durch zunehmende geistige Schwäche — einfache Verblödung — charakterisiert. Die meisten Heilungen resp. Besserungen zeigten die an der katatonischen Form Erkrankten, diese konnten alle gebessert entlassen werden, weniger die an der paranoischen mit 3 Besserungen und besonders der hebephrenischen Form mit nur 1 Besserung.

Puerperalpsychosen. Hereditär belastet waren von den 45 Puerperalpsychosen 25. Den Ausgang in Genesung resp. Besserung nahm die Erkrankung in 28 Fällen, einen ungünstigen Ausgang zeigten die übrigen 17 Fälle. Letztere Patientinnen waren hereditär nicht schwerer belastet als die Gebesserten, die in 15 Fällen hereditäre Belastung aufwiesen.

Dem Alter und Ausgang nach waren:

(18) 20—25 Jahre alt	10 Frauen, davon gebessert 5, ungeheilt 5
25—30	" " 12 " " " 7 " 5
30—35	" " 12 " " " 10 " 2
35—40	" " 5 " " " 2 " 3
40—45	" " 6 " " " 4 " 2

Die Geburtenzahl verhält sich zum Alter und Ausgang folgendermaßen:

20—25 Jahre	{ gebessert 1. 1. 1. 1., 2. —
	{ ungeheilt 1. 2. 2., — 4. 4. —
25—30 Jahre	{ gebessert 1. 1. — 3. 3. 3. — 5. 6.
	{ ungeheilt 1. 1. 1. — 3. — 6.
30—35 Jahre	{ gebessert 1. 1. 2. 3. 3. 3. 4. 7. 10. 10.
	{ ungeheilt 1. — 3. — —

35—40 Jahre	{	gebessert	—	—	—	4. 4.	—
	{	ungeheilt 1.	—	—	—	—	8. 9.
40—45 Jahre	{	gebessert	—	2.	3.	—	10. 11.
	{	ungeheilt	—	2.	—	—	5.

Der Geburtenzahl nach waren es somit 14 Erst-, 6 Zweit-, 9 Dritt-, 5 Viert- und die übrigen Fünft- bis Elftgebärende. Während bei Erst- und Zweitgebärenden die Zahl der Geheilten und Ungeheilten nahezu gleich groß ist, überwiegen bei den Mehr- und Vielgebärenden die Heilungen resp. Besserungen: so konnten die 3 Zehnt- und die Elftgebärende geheilt entlassen werden.

Aus der Zusammenstellung ergibt sich eine größere Zahl von Heilungen bei älteren Patientinnen. Das Resultat mit Bezug auf die Geburtenzahl ist kein einheitliches; doch läßt sich allgemein sagen, daß bis zum Alter von 25 Jahren die Prognose für erstmals psychisch erkrankte Erstgebärende viel günstiger ist als für erstmals erkrankte Mehrgebärende. Nach 25 Jahren kehrt sich dies Verhältnis um — hier sind es mehr die älteren Erstgebärenden, deren Erkrankung den ungünstigen Ausgang nimmt. Bei den erstmals erkrankten Vielgebärenden tritt meist Heilung resp. Besserung ein. Die Krankheitsdauer bis zur beginnenden Besserung beträgt etwa sieben bis zehn Monate — auch hier trat die Besserung in einem Fall noch nach vier Jahren auf.

Schon früher erkrankt waren ohne Zusammenhang mit der Generationstätigkeit oder schon in der vorehelichen Zeit 9 der Patientinnen; eine weitere war gleich nach der Heirat erkrankt und verblödete nach der zweiten Geburt. Einem weiteren Falle ging nuptiales Irresein voraus: eine Frigida, die schon Aufregungszustände einige Tage vor der Hochzeit gezeigt hatte, erkrankte in der Hochzeitsnacht mit heftiger Erregung. Nach drei Monaten war sie scheinbar wiederhergestellt und befand sich während der ganzen darauf folgenden Schwangerschaft geistig und körperlich sehr gut. Die Geburt war lang und schwer; Zangenextraktion in Narkose, wobei ein Dammriß dritten Grades entstand. In den ersten drei Tagen nach der Geburt rezidierte die Psychose, und zwar zunächst unter dem Bild der Amentia. Nach wenigen Wochen traten aber die deutlichen Zeichen der Dementia praecox in den Vorder-

grund: Mutazismus, Stupor abwechselnd mit katatonischer Erregung, Nahrungsverweigerung, Negativismus, Stereotypien. Infolge Unruhe war die Dammnahrt geplatzt, das in der Folge öfter auftretende Fieber war ohne Einfluß auf den Verlauf der Psychose und schwand jeweils rasch nach desinfizierenden Spülungen. Nach fünf Monaten konnte die Patientin diesen Sommer, scheinbar geheilt, entlassen werden. Die Prognose dürfte hier im Falle späterer Geburten schlecht sein.

Als ätiologisch beim Krankheitsausbruch mitwirkende Momente finden sich in 11 Fällen schwere Geburten, großer Blutverlust, starke Abmagerung verzeichnet, in 7 Fällen Puerperalfieber, Mastitis und Influenza; in 5 weiteren psychische Traumen, natürlich auch gleichzeitiges Zusammentreffen mehrerer dieser Schädlichkeiten. Die von diesen 23 Fällen ungünstig ausgehenden 8 waren relativ um ein Geringes mehr von Blutverlust und Puerperalfieber betroffen als die 15 Gebesserten. Bei den fieberhaften Erkrankungen brach die Psychose meist nach Fieberablauf aus.

Von den geheilt resp. gebessert Entlassenen blieb nach späteren Erhebungen bei 4 der Zustand leichter geistiger Schwächung und das Bestehen von Absonderlichkeiten, wie z. B. Leutescheu, unverändert während Jahren. Bei 10 weiteren traten Rezidive im Zeitraum von 3 bis 16 Jahren nach der puerperalen Psychose auf. Ohne weitere Geburten bei 5 davon, von denen 2 wieder entlassen werden konnten, 2 verblödeten und 1 im Rezidiv starb. Von den übrigen 5 verblödete eine nach der folgenden (8.) Geburt, eine weitere starb im Rezidiv nach der zweitfolgenden (3.) Geburt. Eine 25jährige, indirekt hereditär belastete, im 1. Puerperium erkrankte Frau gebar noch neunmal, das erste Rezidiv stellte sich erst nach 16 Jahren und ohne Zusammenhang mit der Generationstätigkeit ein. Bei der ersten Erkrankung war die Patientin deprimiert, mutazistisch und zeigte große Unruhe. Nach drei Wochen trat die anscheinend vollständige Heilung ein. Der zweite Anfall nach 16 Jahren trat gleichzeitig mit verspätet eingetretenen Menses auf, er begann akut mit Verwirrtheit, Erregung als große Unruhe, Triebhandlungen wie Herumwerfen von Möbeln, stundenlangem Schreien. Dazu gesellten sich massenhafte Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten, ferner Größenideen, Ver-

folgungswahn. Die Stimmung war vorwiegend eine gehobene: das lebhafteste, verwirrte Reden mit Andeutung von Ideenflucht. Ganz in den Anfang der Erkrankung fiel ein kurzdauernder Nachlaß aller Krankheitserscheinungen. Die Besserung setzte nach etwa einem Monat ein und erschien bald wieder als Heilung. Während der folgenden acht Jahre machte die Patientin einen Typhus und eine Pleuritis durch; während ersterer Erkrankung zeigten sich wieder Spuren geistiger Störung. Ein eigentliches Rezidiv setzte aber erst im Anschluß an gemüthliche Alteration ein. Die Patientin machte einen Suizidalversuch, indem sie sich mit einem Rebmesser am Hals ernstlich verletzte. Während dieses Rezidivs war die Kranke durchweg deprimierter Stimmung, apathisch, stuporös, bewegte öfters nur lautlos die Lippen, und mußte wegen Nahrungsverweigerung gefüttert werden. Nach etwa drei Monaten entzogen die Angehörigen die Patientin der Anstaltsbehandlung; über den weiteren Verlauf war leider nichts zu erfahren. — Der Fall schien mir erwähnenswert, indem er unschwer zur Diagnose Katatonie führt, andererseits die einzelnen Stadien auf das zirkuläre Irresein hinweisen, und, wenigstens während 24 Jahren, merkliche psychische Schwächezuständen ausblieben.

Eine im 10. Puerperium Erkrankte gebar noch zweimal und erlitt erst 13 Jahre nach ihrer ersten Erkrankung ein Rezidiv, auf das wieder Besserung eintrat. Eine Erstgebärende, die nach abgelaufenem Puerperalfieber erkrankt war, erlitt ein Rezidiv nach der vierten (Zwillings-)Geburt und in der folgenden Gravidität. Es trat jeweils Besserung ein.

Den Erscheinungen nach gehörten je zwei Fünftel der Fälle zur hebephrenischen und katatonischen, ein Fünftel zur paranoischen Form der Dementia praecox. Letztere und die katatonische Form wiesen zwei Drittel Heilungen resp. Besserungen auf, die hebephrenische Form ein Drittel.

Laktationspsychosen. — Von den 41 in der Laktationszeit psychisch erkrankten Frauen erholten sich mehr oder weniger 23, während 17 verblödeten, und eine, ohne daß Besserung des psychischen Befindens eintrat, an Lungentuberkulose starb. Hereditäre Belastung, unter der wohl nur zufällig mehr Potatorium

der Eltern vorkommt, fand sich bei den Gebesserten in 14, bei den Ungeheilten in 9 Fällen. Die Mutter einer dieser letzteren Patientinnen war seinerzeit beim Stillgeschäft ebenfalls psychisch erkrankt. Schon früher, ohne Zusammenhang mit der Generations-tätigkeit, waren 4 dieser Frauen erkrankt; eine derselben hatte im 18. Jahre, angeblich nach Kopftrauma, einen dreimonatigen Depressionszustand durchgemacht. Eine weitere Elftgebärende hatte schon in früheren Wochenbetten Aufregungszustände gezeigt. Zwei dieser Patientinnen hatten bis zum Krankheitsausbruch gestillt. Von diesen 5 Patientinnen blieben 3 ungeheilt, während die nach Kopftrauma erstmals Erkrankte sich gut erholte.

Dem Alter und Ausgang nach waren:

20—25 Jahre alt	2 Frauen, davon gebessert	1, ungeheilt	1
25—30	13	11	2
30—35	16	8	8
35—40	5	2	3
40—45	5	2	3

Die Geburtenzahl verhält sich zu Alter und Ausgang folgendermaßen:

20—25 Jahre	{ gebessert 1.	—	—	—	—	—
	{ ungeheilt	—	3.	—	—	—
25—30 Jahre	{ gebessert 1. 1. 1. 1.	—	3. 3.,	4.	5. 5.	9. 9.
	{ ungeheilt 1. 1.	—	—	—	—	—
30—35 Jahre	{ gebessert 1.	2. 2.,	3.	4. 4.	5. 5.	—
	{ ungeheilt	—	3.	4. 4. 4.	5. 5.	6. 10.
35—40 Jahre	{ gebessert	—	—	—	—	6. 9.
	{ ungeheilt	—	3.	4.	—	11.
40—45 Jahre	{ gebessert	—	—	—	5.	13.
	{ ungeheilt	—	—	4.	5.	6.

Bemerkenswert erscheint hier die große Zahl von 11 Gebesserten im Alter von 25—30 Jahren mit über der Hälfte Mehr- und Vielgebärenden gegen 2 ungebesserte Erstgebärende. In der folgenden Altersstufe von 30—35 Jahren ist die Zahl der Gebesserten und Ungeheilten gleich groß; letztere mit einer Geburtenzahl von 41 gegenüber 26 bei ersteren. Die beiden letzten Altersstufen weisen je 2 Geheilte zu 3 Ungeheilten auf, es sind alles Vielgebärende — die 4 Geheilten sowie die 6 Ungeheilten mit je zusammen 33 Kindern. Das Verhältnis von Heilungen und Kinderzahl ist hier ein Umgekehrtes gegenüber der Altersklasse von 30—35 Jahren.

Von den 4 ältesten Geheilten haben 2, von den 6 ältesten Ungeheilten 4 gestillt. Von den Geheilten im ganzen haben 11, also etwas weniger als die Hälfte (47,8 %), von den Ungeheilten 10, somit etwas mehr als die Hälfte (55,5 %), gestillt; die meisten bis zum Krankheitsausbruch.

Als ätiologisch beim Ausbruch der Psychose mitwirkende Momente sind bei den später Gebesserten anzuführen: einmal Mastitis, zweimal Influenza, wobei die Psychose jeweils nach Ablauf dieser Erkrankungen auftrat. 8 Patientinnen waren in elendem körperlichen Zustand nach schwerer Geburt und großem Blutverlust. 3 von diesen hatten gestillt und beschuldigten selber die Schwächung durch das Stillen als Ursache ihrer Erkrankung. In 4 weiteren Fällen wurden psychische Traumen beschuldigt. Zur dreiviertel Jahr bestehenden psychischen Erkrankung gesellte sich bei einer Patientin ein Typhus, der aber anscheinend keinen Einfluß auf die Psychose hatte, wenn nicht in Hinsicht auf die Krankheitsdauer, die hier 1 1/2 Jahre betrug. Bei einer weiteren Patientin trat die Psychose bei der ersten Menstruation nach der Geburt auf; bei einer anderen ging die Psychose erst während der folgenden Gravidität in Heilung über. — Bei den ungeheilt Entlassenen kam einmal Mastitis vor, diese Patientin hatte bis dahin gestillt; der Krankheitsausbruch erfolgte mit dem Beginn der Mastitis. Von 6 infolge der Geburt körperlich stark reduzierten Patientinnen hatten 4 gestillt. Eine weitere, sonst kräftige Patientin hatte ihr eigenes und ein fremdes Kind noch einige Zeit bei schon ausgebrochener Psychose gestillt. Psychische Traumen endlich wurden bei 3 Patientinnen beschuldigt. — Von diesen ätiologisch an der Psychose mitbeschuldigten Momenten waren somit die Genesenen in höherem Grade als die Ungeheilten betroffen.

Rezidive traten laut katamnestischer Erhebung bei den gebessert Entlassenen in 5 Fällen auf, in 2 Fällen davon nach zwei resp. vier Geburten, und nahmen hier den ungünstigen Ausgang in Verblödung. Bei den weiteren drei traten die Rezidive ohne Zusammenhang mit dem Generationsgeschäft nach 3, 12 und 15 Jahren auf, in den beiden letzten Fällen hatte jede der Frauen inzwischen noch zweimal geboren. Eine weitere Patientin, die

nach der neunten Geburt erkrankt war, blieb über vier weitere Geburten gesund, kam dann aber nochmals in die Anstalt infolge deliröser Zustände bei Urämie. Eine größere Zahl der gebessert entlassenen Frauen, zum Teil mit 1—5 weiteren Geburten, blieb während Jahren dauernd geheilt.

Die Krankheitsdauer bis zu beginnender Besserung beträgt etwa 7—8 Monate.

Nach den Erscheinungsformen gehörten $\frac{2}{8}$ der Fälle zur paranoischen, je $\frac{3}{8}$ zur katatonischen und hebephrenischen Form. Diese zeigten etwas über die Hälfte, erstere etwa $\frac{2}{3}$ zum Teil weniger weitgehende Besserungen.

Anzuführen sind hier noch zwei Fälle, bei denen nicht genau zu bestimmen war, in welcher Phase der Generationstätigkeit die Psychose zum Ausbruch kam. Es waren eine Erst- und eine Drittgebärende der hebephrenischen und der katatonischen Form. Beide verblödeten.

Zur Zusammenstellung der einzelnen Resultate übergehend, bemerke ich, daß bei der Verschiedenheit von Verlauf und Prognose für die einzelnen Generationsphasen es immer nur möglich ist, einige Punkte gleichzeitig zu berücksichtigen.

Die während einer Generationsphase aufgetretene Dementia praecox hat mit 57 % Heilungen resp. Besserungen eine hervorragend günstige Prognose gegenüber den Fällen, in denen die Psychose ohne Zusammenhang mit dem Generationsgeschäft auftritt.

Der hereditären Belastung (55 %) kann keine Bedeutung hinsichtlich der Prognose beigemessen werden; bei den Geheilten betrug sie 1 % mehr als bei den Ungeheilten. Um so mehr aber wird die Prognose durch eine frühere geistige Erkrankung oder auch nur abnorme Erscheinungen auf psychischem oder nervösem Gebiet, wie sie besonders vor Graviditätspsychosen beobachtet wurden, verschlechtert. Bei solchen Patientinnen nahm die Psychose den ungünstigen Ausgang bei der ersten Erkrankung beim Generationsgeschäft oder in einem späteren Rezidiv in $\frac{6}{7}$ der Fälle bei Graviditäts-, in $\frac{1}{2}$ bei Puerperal- und $\frac{3}{5}$ bei Laktationspsychosen.

Ätiologisch beim Krankheitsausbruch mitwirkende Momente finden sich bei den Graviditätspsychosen in 31,6 0/o, bei den Puerperal- und Laktationspsychosen in 51,1 und 63,4 0/o der Fälle. Bei ersteren mit Ausnahme des Erysipels nur psychische Traumen, bei beiden letzteren neben solchen schwere Erkrankungen wie puerperal infektiöse Vorgänge, Mastitis, Influenza, ferner Schädigung durch lange schwere Geburten, Blutverluste und Erschöpfung durch das Stillgeschäft. Wahrscheinlich waren indes puerperale Infektionen in größerer Zahl als aufgeführt sowohl bei später Geheilten wie Ungeheilten vorgekommen, nur waren sie von den Angehörigen übersehen worden und bei Eintritt in die Anstalt schon abgelaufen. Ob sie die Psychose, als von der Geburt oder dem Stillgeschäft vorbereitet, ausgelöst haben, dürfte nicht zu entscheiden sein; in weiteren Fällen könnte es sich auch um „Influenzapsychosen“ gehandelt haben, die nur zeitlich mit dem Wochenbett oder der Laktation zusammentrafen. — Aber auch diese Momente beeinflussen die Prognose nicht wesentlich, indem die Gesamtzahl der Genesenen davon in 54,2 0/o, die der Ungeheilten in 50 0/o der Fälle davon betroffen waren, erstere somit um 4,2 0/o mehr; bei den Ungeheilten der Graviditäts- und Puerperalpsychosen überwogen allerdings um ein Weniges die schwereren Erkrankungen.

Für alle Phasen zusammengestellt, waren dem Alter und Ausgang nach:

20—25 Jahre	12 Frauen,	davon geheilt	6,	ungebessert	6 = 50 0/o	Heilungen
25—30	36	„	22	„	14 = 61,1 0/o	„
30—35	31	„	20	„	11 = 64,5 0/o	„
35—40	12	„	5	„	7 = 41,7 0/o	„
40—45	14	„	9	„	5 = 64,3 0/o	„

Hinsichtlich des Lebensalters ist bei den Graviditätspsychosen das Fehlen von Patientinnen im Alter von 20—25 Jahren bemerkenswert. Die Altersstufe von 25—30 Jahren umfaßt 57,9 0/o der Erkrankungen mit nur etwa $\frac{1}{3}$ Heilungen; diese betreffen Dritt- und Viertschwangere, bei den Ungeheilten überwiegen Erst- und Zweitschwangere. In den folgenden Altersstufen bessert sich zusehends die Prognose — die 3 ältesten Patientinnen konnten alle gebessert entlassen werden.

Bei den Puerperalpsychosen verteilen sich 75,5 % der Fälle ziemlich gleichmäßig auf die drei Altersstufen von 20—35 Jahren. Die erste weist die Hälfte Geheilte auf, die fast ausschließlich Erstgebärende sind, die Ungeheilten sind in der Mehrzahl Mehrgebärende. In den zwei folgenden Altersstufen überwiegen umgekehrt die Mehrgebärenden unter den Geheilten, diese stellen für das Alter von 25—30 Jahren etwa $\frac{2}{3}$ und für 30—35 Jahre $\frac{5}{6}$ der Fälle dar und haben somit die beste Prognose. Für die zwei Altersklassen von 35—45 Jahren ist die Prognose weniger günstig als bei den Graviditätspsychosen, nämlich ungefähr die Hälfte Heilungen, auf Mehr- und Vielgebärende ziemlich gleichmäßig verteilt.

20—25 Jahre alte Patientinnen finden sich bei den Laktationspsychosen nur zwei; 70,7 % befanden sich im Alter von 25 bis 35 Jahren. Dabei hat die Altersstufe von 25—30 Jahren die beste Prognose mit etwa $\frac{5}{6}$ Heilungen, die meist Mehr- und Vielgebärende betrafen; die Ungeheilten sind Erstgebärende. Für alle folgenden Altersklassen wird die Prognose schlechter, für 30—35 Jahre die Hälfte, für 35—40—45 Jahre je $\frac{2}{5}$ Heilungen, bei ersteren wiesen die Ungeheilten eine größere Geburtenzahl auf, bei letzteren die Geheilten.

Häufig bleiben die Menses während der psychischen Erkrankung aus, um zugleich mit beginnender Genesung oder nach eingetretener Verblödung wieder aufzutreten. Andererseits kann die Psychose in der Laktationsphase bei den erstmals nach der Geburt sich wieder einstellenden Menses ausbrechen.

Die durchschnittliche Graviditäten- resp. Geburtenzahl betrug:

	bei den Graviditätspsychosen	2,84
"	" Puerperalpsychosen	3,55
"	" Laktationspsychosen	4,41

Die Geburtenzahl verhält sich zum Ausgang:

	I. parae		II. parae		III. parae		IV. parae		V. parae		VI. parae	
	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.
Grav.	1	4	—	2	6	2	1	—	1	1	—	—
Puerp.	8	6	3	3	7	2	3	2	1	1	1	1
Lakt.	6	2	2	—	3	3	3	5	5	3	1	2
	15	12	5	5	16	7	7	7	7	5	2	3
	27		10		23		14		12		5	

	VII. parae		VIII. parae		IX. parae		X. parae		XI. parae		XIII. parae	
	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.	geh.	ung.
Grav.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Puerp.	1	—	—	1	—	1	3	—	1	—	—	—
Lakt.	—	—	—	—	3	—	1	—	1	—	1	—
	<u>2</u>		<u>— 1</u>		<u>3 1</u>		<u>4 —</u>		<u>2 —</u>		<u>1 —</u>	
	2		1		4		4		2		1	

Somit	I. parae	27	=	25,7 %	davon Heilungen	55,5 %
	II. "	10	=	9,5 %	"	50,0 %
	III. "	23	=	21,9 %	"	69,6 %
	IV. "	14	=	13,3 %	"	50,0 %
	V. "	12	=	11,4 %	"	58,3 %
	VI. "	5	=	4,8 %	"	40,0 %
	VII.—XIII.	14	=	13,3 %	"	85,7 %

Die Krankheitsdauer beträgt:

bei Graviditätspsychosen	8—14 Monate
" Puerperalpsychosen	7—10 "
" Laktationspsychosen	7—8 "

(wobei die erste Zahl das Mittel aus der Großzahl der vor 1 Jahr Krankheitsdauer gebessert Entlassenen angibt; die zweite Zahl den Gesamtdurchschnitt).

Es sind nun noch die später aufgetretenen Rezidive aufzuführen, wie sie bei den Einzelabschnitten oben beschrieben sind. Mit und ohne weitere Geburten teils mehrfach kamen sie vor:

Graviditätspsychosen:	bei 10 Gebesserten	5 Rezidive	=	50,0 %
Puerperalpsychosen:	" 28	10 "	=	35,7 %
Laktationspsychosen:	" 23	5 "	=	21,7 %

Ungefähr die Hälfte der Patientinnen erholte sich von den Rezidiven wieder.

Hinsichtlich dieser Rezidive haben die Graviditätspsychosen die schlechteste Prognose, ebenso betreffs der Krankheitsdauer. Ferner weisen sie die niedrigste Graviditäts- resp. Geburtenziffer auf, als ätiologisch mitwirkende Momente fast ausschließlich nur gemüthliche Alterationen; — es scheinen größtenteils neuro- und psychopathische Individuen zu sein, bei denen die Anforderungen einer oder weniger Graviditäten resp. Geburten eine Psychose auslösen. Von den gleichen Faktoren ausgehend, haben die Laktationspsychosen die beste Prognose, während die Puerperalpsychosen

eine Mittelstellung einnehmen. Nach überstandener Graviditätspsychose scheint eine weitere Schwangerschaft ohne Rezidiv zu den Ausnahmen zu gehören, während die Patientinnen nach Laktationspsychosen vielfach nicht nur eine weitergehende, der Heilung öfter gleichkommende Besserung zeigten, sondern zum Teil über mehrere weitere Geburten gesund blieben. —

Im allgemeinen blieben von Rezidiven mehr diejenigen Frauen verschont, die keine oder nur noch wenige und zeitlich weit auseinanderliegende Geburten durchmachten.

In der Anamnese fand ich einige Male bei erstmals Erkrankten rasch sich folgende Geburten als Krankheitsursache beschuldigt. Ohne genauere Kenntnis von der Häufigkeit dieser Tatsache im allgemeinen scheint mir diese Annahme nicht berechtigt. Aus dem gleichen Grunde kann auch nicht von einer besonderen Neigung Erst- usw. Gebärender zu psychischer Erkrankung gesprochen werden.

In der Erwartung, daß zwischen Geburtenzahl und psychischer Erkrankung überhaupt sich ein bestimmtes Verhältnis finden lasse, stellte ich vergleichsweise die sämtlichen in den letzten 10 Jahren aus der Anstalt ausgetretenen Frauen nach ihrer Geburtenzahl (inkl. Aborten) zusammen. Das Ergebnis war ein überraschendes: 25,5% davon hatten einmal geboren, — was so ziemlich gleichkommt den 25,7% an Dementia praecox anläßlich der Generationstätigkeit erkrankten Erstgebärenden. Wenn nur die im generationsfähigen Alter von 18—45 Jahren Erkrankten berücksichtigt werden, so finden sich überhaupt 30,3% Erstgebärende darunter. Dies Resultat aus 384 Fällen dürfte mehr im Sinne der Entlastung der Generationsvorgänge als Psychosen veranlassendes resp. auslösendes Moment sprechen, es müßte denn eine Gravidität oder Geburt als ein auf Jahre hinaus die Disposition zu psychischer Erkrankung bewirkender Faktor angesehen werden: gegen ersteres spricht aber neben oben Angeführtem noch der Befund einer relativ größeren Zahl älterer Patientinnen, als sonst bei der Dementia praecox im allgemeinen gefunden werden.

Bemerkenswert erscheint mir ferner der Befund, daß von allen diesen Frauen diejenigen mit einer Geburt zu 68,3% im generationsfähigen Alter erkrankten, während von den Mehr-

gebärenden nur 59,5% in diesem Alter erkrankten. Von den ledig resp. ohne Nachkommen gebliebenen 355 Patienten des nämlichen Zeitabschnitts waren 86,2% im generationsfähigen Alter erkrankt.

Es bliebe nun noch der Einfluß unehelicher Gravidität und Geburt auf die Gesamtzahl der Generationspsychosen bei der Dementia praecox und, um Wiederholungen zu vermeiden, gleichzeitig auch bei den anderen Formen psychischer Erkrankung festzustellen. Unter den 107 an Dementia praecox erkrankten Patientinnen finden sich 9 unehelich geschwängerte, somit 8,4%; unter Berücksichtigung aller 221 Fälle 7,7%. Nun beträgt für den Kanton Baselstadt der Prozentsatz unehelicher Geburten von 1870—1900 im Durchschnitt 10,4%; für Baden 8,28 und 7,58% in den Jahren 1890 und 1900, für Elsaß-Lothringen in den nämlichen Jahren 8,04 und 7,5%.

Die öfters vertretene Ansicht von der größeren Neigung unehelich Schwangerer und Gebärender zu psychischer Erkrankung, und deren Ursache auf psychische Momente, wie Scham, Sorgen für die Zukunft, Zerwürfnisse mit der Familie, zurückzuführen, kann somit nicht mehr aufrecht erhalten werden. Ganz allgemein beweisen diese Zahlen auch, daß psychische Einflüsse nur bei vorhandener Prädisposition Psychosen auszulösen vermögen.

Manisch-depressives Irresein.

Einfache und periodische Manie und Melancholie, mit Ausnahme der Melancholie des Rückbildungsalters, periodische Paranoia, zirkuläres Irresein sowie Mischformen von Manie und Depression sind nach *Kraepelin* Sondergestaltungen des gemeinsamen Krankheitsvorgangs des manisch-depressiven Irreseins.

Von den 32 an dieser Psychose Erkrankten waren 26 = 81,2% hereditär belastet, und zwar meist schwer; neben gehäufte Vererbung fand sich besonders auch Alkoholismus der Eltern. Öfter wurde gleichartige Vererbung beobachtet; die Mütter zweier Patientinnen waren s. Z. beim Generationsgeschäft ebenfalls psychisch erkrankt; von einer in der Laktationsphase an agitierter Depression Erkrankten verfiel die Tochter im Wochenbett ebenfalls in einen Depressionszustand.

Bei 9 Patientinnen hatten sich zum Teil leichtere Symptome, Teil Anfälle der Krankheit schon in den Mädchenjahren gezeigt. Durch wiederholte Erkrankungen konnte die Diagnose in Fällen sichergestellt werden; in den 3 übrigen starben von erstmals psychisch Erkrankten 2 im Anfall an Pneumonie Tuberkul. pulm., von der dritten war später nichts mehr in Erfahrung zu bringen.

Nach dem Krankheitsausbruch fielen 4 der Fälle in die Graviditäts-, 19 in die Puerperiums- und 9 in die Laktationsperiode. Von den letzteren waren, wohl nur zufällig, nur 5 Patientinnen hereditär belastet.

25—30 Jahre alt waren	12 Patientinnen
30—35 " " "	10 "
35—40 " " "	7 "
40—45 " " "	3 "

Die 4 Graviditätspsychosen begannen dreimal mit einem depressionszustand und einmal mit manischer Erregung und betrafen 3 Erst- und 1 Sechtschwangere. 3 der Fälle, wozu der manischer Erregung gehört, fielen in den Anfang der Gravidität und waren nach drei, vier und fünf Monaten abgelaufen, die Geburt verlief jeweils ohne psychische Störung. Der Fall der Gravidität war ein zehntägiger Depressionszustand, der drei Wochen nach der Geburt rezidierte. Die Sechtschwangere beschränkte sich auf nur depressive Stadien auf. In allen 4 Fällen traten zum Teil mehrfache Rezidive auf, bei einer Patientin mit einer weiteren Geburt vier Wochen nach dieser. Die Wiederherstellung war in allen Fällen eine vollständige, in 1 Fall mit schon früherer Erkrankung waren später noch öfters Spuren der Krankheit zu bemerken.

Von den 19 im Puerperium Erkrankten hatten 15 normal geboren, 2 waren von infektiös puerperalen Vorgängen betroffen worden, die 2 übrigen erkrankten beim Auftreten von Angina und Erysipel. Bei 5 Patientinnen war die Psychose schon früher aufgetreten, bei einer davon als prämenstruelles, bei einer anderen als nuptiales Irresein. Letztere Patientin machte dabei einen depressionszustand in der Dauer eines Jahres durch; die erste Geburt verlief normal, hingegen rezidierte die Psychose zwei Tage nach der zweiten Geburt. Mehrere Patientinnen hatten schon

zeitweise während der Gravidität leichtere, sich gegen die gesteigernde Aufregungszustände gezeigt. Die meist in den ersten vierzehn Tagen p. p. auftretende Psychose begann in gleicher Zeit mit manischen wie depressiven Phasen; ein eigentlicher Tobsuchtsanfall wurde nur einmal und zwar bei der Patientin mit Erysipel beobachtet. Die Krankheitsdauer betrug ca. fünf bis neun Monate, die Wiederherstellung war meist als vollständige anzusehen. Der Einfluß der Art des Krankheitsbeginns auf die Dauer der Krankheit war nicht zu erkennen. Vor Eintritt der Besserung starben 2 Patientinnen, eine an Lungentuberkulose, die andere an Pneumonie und Myokarditis, die nach Angina aufgetreten waren.

Zum Teil mehrfache Rezidive traten in 16 Fällen auf, schon im Verlauf der nächsten fünf bis sechs Jahre, in 4 Fällen erstmals nach achtzehn bis vierundzwanzig Jahren. 5 der Frauen machten noch wiederholte Geburten durch, eine davon war im ersten und fünften normalen Puerperium erkrankt, das folgende Rezidiv trat erst im elften Puerperium nach abgelaufenem Gesichtserysipel auf; eine weitere erlitt Rezidive je in zwei folgenden Laktationsphasen gleichzeitig mit dem erstmaligen Wiederauftreten der Menses. Im übrigen stellten sich die Rezidive gelegentlich nach Trauma oder Infektionskrankheiten ein, in der Mehrzahl aber ohne jede erkennbare äußere Ursache. Auch von den Rezidiven erholten sich die meisten Patientinnen wieder vollständig, einige Male wurden Charakterveränderungen bemerkt, oder es trat periodische Unruhe auf, die sich z. B. in unzeitigem Umherrennen äußerte. Patientinnen, die schon in den Mädchenjahren Symptome der Krankheit geäußert hatten, blieben auch zwischen den späteren Rezidiven psychisch auffällig. Die späteren Rezidive waren meist von längerer Dauer als die vorhergehenden und die späteren Krankheitsintervalle von kürzerer Dauer.

Von den 9 in der Laktationszeit Erkrankten hatten 6 normal geboren, die übrigen hatten schwere Geburten mit großem Blutverlust, einmal mit puerperaler Infektion, durchgemacht. In 3 Fällen war das Kind während oder bald nach der Geburt gestorben. 3 der Frauen hatten bis zur Erkrankung gestillt. Schon früher psychisch erkrankt waren 2 der Frauen. Meist brach die Psychose im dritten bis fünften Monat p. p. aus, die Heilung

h durchschnittlich sechs Monaten ein. In 7 Fällen traten
ist mehrfache Rezidive ein, eine Patientin befindet sich z. Z.
h in Behandlung. Über 1 und 3 Geburten blieben 2 Frauen
und und erkrankten später aus unbekannter Ursache wieder.
e andere in der dritten Laktationszeit erkrankte Frau gebar
h zweimal, ohne zu erkranken, ein Rezidiv trat erst in der
hsten Laktationszeit ein. Das folgende Krankheitsintervall
ierte zehn Jahre, worauf jährlich Rezidive auftraten. Eine
itere Frau, bei der nur depressive Phasen beobachtet wurden,
te nach der ersten Geburt einen Depressionszustand durch-
nacht, blieb über 2 folgende Geburten gesund und erkrankte
h der 4. normalen Geburt in der Laktationsphase, dann wieder
der 6. Laktationsphase nach Zangengeburt und fieberhaftem
ochenbett. Jeweils nach zwei bis dreieinhalb Monaten war sie
ieder hergestellt, 2 weitere schwere Geburten und 2 Aborte mit
oßem Blutverlust lösten die Psychose nicht wieder aus; diese
at erst zwei Jahre später wieder während drei Monaten auf,
ngentlich infolge Trennung von einem Kinde. Das nächste Rezidiv
ellte sich fünf Jahre später ein, nach vierzehn Tagen starb die
atientin an hinzugetretener Pneumonie.

Zwei dieser Patientinnen mußten später dauernd in die An-
alt aufgenommen werden, da die Rezidive immer häufiger und
nger und die Krankheitsintervalle sehr kurz wurden. Bei der
teren, ins Klimakterium getretenen Patientin trat überdies eine
erkliche Intelligenzabnahme ein. —

Auftreten und Verlauf des während der Generationstätigkeit
usgebrochenen manisch-depressiven Irreseins zeigt somit nur ge-
nge Beeinflussung durch jene Vorgänge. Am besten zeigt das ein
ergleich mit der *Dementia praecox*. Während hier alle Graviditäts-
ychosen über die Geburt hinaus dauerten, ging die Psychose bei den
anisch-depressiven Patientinnen noch während der Gravidität in
eilung über. Ferner zeigt, ebenfalls im Gegensatz zur *Dementia*
praecox, die Regellosigkeit des abwechselnden Auftretens der Rezi-
ive in den verschiedenen Phasen des Generationsgeschäftes, sowie
as Erkrankten bei normalen Entbindungen und Gesundbleiben der
ämlichen Patientinnen bei schweren Geburten, daß das manisch-
epressive Irresein wohl durch Generationsvorgänge ausgelöst werden

kann, sein auf endogener Ursache beruhender Krankheitsverlauf durch sie aber nicht beeinflußt wird.

Der früher anderwärts ausgeführte Versuch, durch künstliche Frühgeburt den Ausbruch der Psychose zu verhindern, oder ein Anfall abzukürzen, hatte zur nämlichen Erkenntnis geführt.

Die durchschnittliche Graviditäten- resp. Geburtenzahl der erstmals beim Generationsgeschäft Erkrankten betrug 3,6; die niederste Ziffer wiesen auch hier wieder die Graviditätspsychosen mit 2,2 auf; auf die Puerperal- und Laktationspsychosen kamen 3,9 und 3,6. Erstgebärende waren zu 25,8% vertreten.

Hysterie.

Wie beim manisch-depressiven Irresein ist auch die Generationstätigkeit auf den Verlauf und die Dauer des hysterischen Irreseins von geringem Einfluß. Wenn sich dieser überhaupt äußert, geschieht dies meist nur als Verschlimmerung eines schon bestehenden krankhaften Zustandes: jedenfalls ist die Zahl dieser Fälle sehr klein z. B. gegenüber den durch die Menstruation ausgelösten Störungen. Die hier angeführten Fälle von Hysterie sind solche, die in ihrem Verlauf ausgeprägte psychische Störungen aufwiesen. Hereditäre Belastung fand sich zu 71,4%. Von den 18 Patientinnen hatten 10 schon früher, zum Teil schon in den Kinderjahren, Zeichen ihrer hysterischen Veranlagung gezeigt oder ihr Zustand hatte schon Anstaltsbehandlung nötig erscheinen lassen. Aber auch bei den Fällen, deren Krankheitsäußerungen beim Generationsgeschäft intensiver geworden waren, konnten die Krankheitssymptome während mehreren folgenden Geburten lateral bleiben und sich später ebenso heftige Rezidive nach geringen Gemütsbewegungen einstellen. Mit 2 unten erwähnten Ausnahmen löste keine der weiteren Geburten Zustände aus, die Anstaltsbehandlung erforderten. Die Prognose ist gut für die einzelnen Anfälle psychischer Störung, schlecht in Hinsicht auf die häufigen Rezidive, welche dauernden Anstaltsaufenthalt nötig machen können. In 7 Fällen traten als ätiologisch mitwirkende Momente zur Generationstätigkeit: je 2mal Puerperalfieber, Influenza, psychische Traumen, und je 1mal Anämie und körperliches Trauma

Der Krankheitsbeginn oder das Auftreten eines Rezidivs konnte in 4 Fällen auf die Gravidität, in 8 und 3 Fällen in die Zeit des Puerperiums und der Laktation zurückdatiert werden; in den übrigen 3 Fällen war der zeitliche Krankheitsausbruch nicht genauer zu bestimmen. Während in allen diesen Fällen anläßlich des Generationsgeschäftes deutliche Zeichen hysterischer Veranlagung auftraten, wurden deutliche psychische Störungen nur in 11 von 15 der Fälle direkt im Anschluß daran beobachtet; in diesen Fällen erreichte die psychische Störung öfters erst nach Jahren den Höhepunkt, in den übrigen wurde sie zum Teil erst nach Jahren manifest.

Erstmals auftretende Anfälle wurden bei einer erstmals Graviden und im Wochenbett einer Erstgebärenden beobachtet. Bei einer Zehntgebärenden, die seit drei Jahren an Anfällen zur Zeit der Menstruation litt, wurden sie während der letzten Gravidität und dem Wochenbett häufiger. — Bei einer tabischen, seit ihren Kinderjahren als „nervös“ bezeichneten Patientin war die Psychose im Anschluß an Puerperalfieber nach der zweiten Geburt aufgetreten und nach einem Jahr anscheinend geheilt; neun Jahre später trat sie nach der sechsten Geburt ebenfalls nach Puerperalfieber wieder auf. Die Psychose äußerte sich besonders in hypochondrischen Beschwerden, langdauernder, grundloser, trauriger Verstimmung, Selbstvorwürfen, leichter Reizbarkeit und Aufregungszuständen. Seit sieben Jahren fühlt sich die Patientin nie mehr ganz von ihren Beschwerden frei; eine Intelligenzabnahme der gut beanlagten und gebildeten Patientin war nicht zu erkennen. — Bei einer anderen Patientin, die bisher nur durch ihren hysterischen Charakter auffällig gewesen, trat vierzehn Tage nach der vierten Geburt vorübergehend ein Dämmerzustand ein. Die Patientin blieb damals achtzehn Monate in Anstaltsbehandlung. In jedem folgenden Wochenbett, aber auch bei Schwächezuständen, steigerte sich die Intensität ihrer hysterischen Erscheinungen in für ihre Familie unerträglicher Weise, so daß die Patientin vier Wochen nach der dreizehnten Geburt wieder für einige Wochen in Anstaltsbehandlung kam.

Die mittlere Graviditäten- resp. Geburtenzahl betrug 3,4; Erstgebärende waren zu 33,3% vertreten.

Akute Verwirrtheit (Amentia).

Die chronische nervöse Erschöpfung, das Collapsdelirium und die akute Verwirrtheit sind von *Kraepelin* unter der Bezeichnung „Erschöpfungsirresein“ zusammengefaßt worden, wobei als Amentia diejenigen Fälle aufzufassen sind, „bei welchen sich infolge einer greifbaren äußeren Schädlichkeit akut ein Zustand traumhafter Verworrenheit, illusionärer oder halluzinatorischer Verfälschung der Wahrnehmung und motorischer Unruhe entwickelt, der bei günstigem Verlaufe frühestens nach zwei bis drei Monaten zur Genesung führt.“

Daß hier neben Infektionskrankheiten Geburt und Wochenbett hauptsächlich in Betracht kommen, ist leicht ersichtlich. Trotzdem ist die Krankheit als seltene anzusehen, indem nach obiger Umgrenzung viele durch das Generationsgeschäft ausgelöste Fälle von Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein, die früher zur Amentia gerechnet wurden, nun aus dieser Gruppe ausscheiden.

Die 15 Amentia-Patientinnen waren in 6 Fällen = 40% hereditär belastet: bei 10 kam die Krankheit im Puerperium (inkl. einmal nach Abort), bei den übrigen 5 in der Laktationszeit zum Ausbruch.

Vier der Frauen erkrankten nach normaler Geburt; einzeln oder gehäuft fanden sich: infektiös-puerperale Erkrankungen in 2 Fällen, schwere Geburt und großer Blutverlust in 9 Fällen. Mastitis, Erysipel, Influenza und Rheumatismus je in 1 Fall, ferner psychische Traumen in 3 Fällen; gestillt hatten von allen Frauen 6.

20—25 Jahre alt waren 3 Frauen

25—30 „ „ „ 5 „

30—35 „ „ „ 3 „

35—40 „ „ „ 1 „

40—45 „ „ „ 3 „

Die Genesung trat nach einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von dreieinhalb Monaten ein. Die Gewichtszunahme war oft ganz erstaunlich, in einem Fall in anderthalb Monaten um 7 kg, in einem andern in sechseinhalb Monaten um 9½ kg. Eine Patientin, über die spätere Erhebungen ohne Erfolg blieben.

ar nach einem Monat von den Angehörigen unge bessert nach ause geholt worden.

Die Mutter einer im Puerperium erkrankten Frau war s. Z. im tzten Wochenbett ebenfalls während acht Tagen geistig gestört wesen. Eine Fünftgebärende, die fünf Wochen p. p. erkrankt ar. hatte erstmals nach dieser Geburt gestillt; bei einer Viertbärenden zeigten sich die Prodrome schon am Ende der Gravität als Aufregungszustände nach Schreck infolge Suizidalversuch nes Nachbars. Diesmal weigerte sich die Frau, ihr Kind zu illen, während sie früher jeweils ein halbes Jahr gestillt hatte. ine Drittgebärende, die sechs Monate p. p. erkrankt war und is dahin gestillt hatte, war neun Jahre früher schon sechs Monate nach der zweiten Geburt psychisch erkrankt, nur viel eichter und kürzer, so daß damals keine Anstaltsbehandlung einreten mußte. Nach der erstmaligen Erkrankung gebaren noch ein- oder mehrmals 5 Frauen, ohne dabei nochmals psychisch zu erkranken. Eine dieser Frauen war sieben Wochen nach fieberhaftem dritten Wochenbett an Erysipelas faciei mit Fieberdelirien erkrankt, war dann acht Tage vollkommen klar, worauf die Psychose einsetzte. Diese kam nach fünf Monaten zu dauernder Heilung, die Frau gebar ohne weitere Störung während der folgenden zehn Jahre noch dreimal und stillte jeweils ein Viertelbis ein halbes Jahr.

Hingegen wurden 2 Rezidive ohne Zusammenhang mit dem Generationsgeschäft beobachtet. Bei einer nach der siebenten Geburt Erkrankten trat fünf Jahre später infolge Herzfehler und elenden körperlichen Befindens ein einmonatiges Rezidiv auf; eine andere, nach Abort und rheumatischer Infektion drei Monate an Amentia erkrankte Frau blieb über eine weitere Geburt zwei Jahre später und den im folgenden Jahre auftretenden Gelenkrheumatismus gesund, erst sechs Jahre nach dem erstmaligen Ausbruch der Psychose erkrankte sie nach fieberhaftem Gelenkrheumatismus unter den nämlichen Symptomen nochmals für zweieinhalb Monate. Eine im achten Puerperium erkrankte Frau gebar noch zweimal ohne Störung, viele Jahre später erkrankte sie an Dementia senilis. Bei einer in der zweiten Laktationsperiode erkrankten Frau war die Psychose im Verlauf

von Influenza aufgetreten, in gleicher Zeit starb das Kind. Nach anderthalb Monaten trat die Heilung ein; die Frau blieb gesund über zwei weitere Geburten und eine spätere schwere Operation in abdomine. Dem Verlauf nach dürfte dieser Fall eigentlich den infektiösen Schwächezuständen zuzurechnen sein.

Die durchschnittliche Geburtenzahl der erstmals erkrankten Frauen betrug 3,3; Erstgebärende waren zu 20% vertreten.

Übrige Fälle.

In den 11 Fällen epileptischen Irreseins fand sich hereditäre Belastung zu 60%, darunter einmal gleichartige. Alle diese Patientinnen litten an typischen epileptischen Anfällen. Bei 6 Patientinnen trat der erste Anfall in einer Phase der Generationstätigkeit auf, nämlich bei einer 39jährigen erstmals Gravida angeblich nach Schreck, ferner bei einer dritten und sechsten Graviden; bei einer Erstgebärenden nach Zangengeburt, bei einer Neuntgebärenden nach Frühgeburt, ferner einmal in der Laktationsphase. Von den 5 übrigen war eine Patientin mit neun Jahren, eine weitere mit sechzehn Jahren nach Eintritt der ersten Menstruation, die übrigen ebenfalls noch in der vorhehlichen Zeit erkrankt, und das Generationsgeschäft brachte mit einer Häufung von Anfällen meist gegen Ende der ersten Gravidität nur Verschlimmerung der schon bestehenden Krankheit. So traten bei einer Patientin, die vom neunzehnten Jahre an jeweils zur Zeit der Menses einen Anfall bekam, solche in der ersten und zweiten Gravidität jeden sechsten Tag auf. Die p. p. aussetzenden Anfälle traten jeweils mit dem ersten Menses nach der Geburt wieder auf. Bei einer anderen Patientin brachte erst die vierte Gravidität eine wesentliche Verschlimmerung, im Alter von zweiundzwanzig Jahren hörten die Anfälle auf, und es trat zugleich ein postmenstruelles periodisches Irresein auf, das in wenigen Jahren zu tiefer Verblödung führte.

In den 12 Fällen alkoholischen Irreseins fand sich in 10 Fällen hereditäre Belastung, achtmal davon in Alkoholismus eines oder beider Eltern bestehend; einmal waren die hereditären Verhältnisse unbekannt. Vielleicht war die Verschlimmerung des schon bestehenden Alkoholismus nur in äußeren Zufälligkeiten oder Bedingungen von Gravidität und Puerperium begründet; in den

Fällen mit Auftreten von Delirium tremens und Eifersuchtswahn gab das Generationsgeschäft wohl nur den letzten Anstoß zum Ausbruch der Psychose. Wenn sich bei einer mit chronischem Delirium eingetretenen Patientin anamnestische Angaben finden wie: „Vor vier Monaten im letzten fünften Wochenbett fing die Patientin auf Rat der Hebamme an, zur Stärkung Kognak zu trinken“, so wird die Glaubwürdigkeit solcher Angaben gleich durch die Erfahrung widerlegt, daß sich ein Delirium tremens erst nach mehr- oder vieljährigem Abusus spirituosorum einzustellen pflegt.

In der Mehrzahl der Fälle gaben die Angehörigen der Patientinnen denn auch einen mehrjährigen, in einem Fall bis in die Kinderjahre zurückreichenden Alkoholabusus zu. Zum Teil waren die Patientinnen auch in Gewerben beschäftigt, in denen sie sich größere Mengen Alkohols leicht verschaffen konnten.

In der Hälfte der Fälle wurde Delirium tremens beobachtet, viermal im Puerperium und zweimal in der Laktationsphase. Als ätiologisch mitwirkende Momente traten in 2 Fällen Mastitis und Gelenkrheumatismus hinzu.

Bei dem überaus häufigen Vorkommen von Neurasthenie gelangen immerhin nur die schwersten Fälle in psychiatrische Behandlung. In den 5 Fällen dieses Leidens waren einmal hypochondrische Beschwerden, zweimal Zwangsvorstellungen im Bilde der psychischen Erkrankung vorherrschend.

Es fand sich nur in 2 Fällen hereditäre indirekte Belastung. Einmal kam die Erkrankung während der zweiten Gravidität zum Ausbruch, angeblich infolge Schrecks beim Anblick des unter Konvulsionen sterbenden ersten Kindes. Die sich besonders in Zwangsvorstellungen äußernde Krankheit dauert nun seit vierzehn Jahren unverändert an. Eine weitere Geburt war ohne nachweisbaren Einfluß auf die Patientin; das ältere ihrer Kinder wird als nervös geschildert.

Bei einer weiteren Patientin traten die hypochondrischen Beschwerden im Anschluß an Abort mit großem Blutverlust auf und verschlimmerten sich über die folgende zehnte Geburt.

In den 3 übrigen Fällen trat die Krankheit in der Laktationsphase auf, bei einer Erstgebärenden nach fieberhaftem Wochenbett, bei einer Viertgebärenden nach schwerer Geburt, bei einer

Zweitgebärenden mit normaler Geburt wurden unglückliche häusliche Verhältnisse beschuldigt. Eine deutliche Besserung noch während der Anstaltsbehandlung konnte nur in 2 der Fälle erzielt werden.

In den 4 Fällen von progressiver Paralyse traten die ersten Symptome der Krankheit einmal in der Gravidität, in den übrigen Fällen nach einer Geburt auf. Die Patientinnen befanden sich im Alter von neunundzwanzig bis vierzig Jahren.

Wenn hier dem Generationsgeschäft ein Einfluß überhaupt zugeschrieben werden kann, dürfte sich dieser nur im Manifestwerden schon bestehender organischer Veränderung äußern.

Psychische Störungen bei Eklampsie kommen nach *Olshausen* in 6% der Fälle vor. Die 2 Fälle von eklamptischem Irresein zeigten einen nahezu gleichartigen Verlauf und betrafen eine Zweit- und eine Erstgebärende. Bei letzterer zeigten sich die Prodrome der Krankheit schon drei Wochen ante partum in Ödemen, Schlaflosigkeit und stetem Kopfweg. Am ersten Tage nach der Geburt traten mehrere Krampfanfälle auf, gefolgt von einem dreitägigen Koma. Am fünften Tag war die Patientin bei klarem Bewußtsein, am folgenden Tage trat die Psychose akut auf, sich äußernd in Verwirrtheit, Ratlosigkeit, großer Unruhe, ängstlichen Halluzinationen und Illusionen. Am fünften Tage nach Ausbruch der Psychose war die Patientin wieder vollständig lúcid und konnte die noch wiederholt in geringerer Intensität auftretenden Halluzinationen und Illusionen leicht korrigieren. Der Urin war während des vierzehntägigen Anstaltsaufenthalts immer eiweißhaltig, im Anfang fanden sich auch zahlreiche Zylinder. —

Der Fall von Chorea betraf eine zwanzigjährige Erstschwangere im zweiten Monat der Schwangerschaft. Die Patientin starb am Tag nach eingetretenem Abort, zwölf Tage nach Ausbruch der motorischen Erscheinungen. Psychotische Äußerungen der Erkrankung konnten während der ganzen Zeit nicht beobachtet werden. —

Der letzte Fall war ein forenser und betraf ein imbezilles Mädchen, das zur Beurteilung seines Geisteszustandes in die Anstalt gebracht wurde. Gravidität und Geburt waren hier ohne Einfluß auf den bestehenden geistigen Schwächezustand.

Die 13 unsicheren Diagnosen betreffen Fälle, in denen durch zu kurzen Anstaltsaufenthalt oder infolge Tod der Patientinnen bald nach Ausbruch der Psychose sich keine exakte Diagnose stellen ließ, ferner Fälle, in denen die katamnestischen Angaben die früher gestellte Diagnose als zweifelhaft erscheinen ließ. So dürfte es sich in 2 als „Amentia“ diagnostizierten Fällen wahrscheinlich um Phasen des manisch-depressiven Irreseins gehandelt haben; dahin gehörten vielleicht auch 3 weitere Fälle. Bei einem Fall war Paralyse fraglich, bei einem anderen Dementia praecox. In einem weiteren Falle handelte es sich vielleicht um eine Rückbildungs-Melancholie, die bei einer 45jährigen Patientin zwei Monate nach der sechzehnten normalen Geburt bei Wiedereintritt der Menses ausbrach. Die Menses traten in der Folge noch zweimal auf, dann in den folgenden fünf Monaten nicht mehr. Über den Fall war später nichts mehr zu eruieren. Eine tabische Patientin endlich, die je einmal in der Puerperiums- und Laktationsphase erkrankt war, wies eine Form psychischer Erkrankung auf, die sich auch bei mehrjähriger Beobachtung keiner der beschriebenen Krankheitsformen zuteilen ließ.

Literatur.

- Alt*, Puerperalpsychosen, Enzyklopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie von Sänger und v. Herff.
- Aschaffenburg*, Über die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. LVIII.
- Behr*, Zur Ätiologie der Puerperalpsychosen. Ref. Neurol. Zentr. Bl. 1899. Nr. 11.
- Fürstner*, Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Arch. für Psych. Bd. V. 1874.
- Hansen*, Puerp. Infektion u. Geisteskrankheit. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1888.
- Hoche*, Über puerperale Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. XXIV.
- Hoppe*, Symptomatologie u. Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen. Arch. f. Psych. Bd. XXV.
- Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. 1904.
- Meyer E.*, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berliner klin. Wochenschrift Bd. XXXI.

Olshausen, Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speziell den nach Eklampsie auftretenden. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. XXI.

Puerperalpsychosen - Diskussion im Lancet. Zentralblatt für Gynäkologie. Juni 1903.

Ripping, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. 1877.

Siegenthaler, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. I.-D.; Wien 1898.

Siemerling, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger, Siemerling, Cramer, Hoche, Westphal u. Wollenberg. 1904.

Zur Ätiologie und Symptomatologie der Katatonie.

Von

a.o. Professor Dr. **Pflster**,

I. Assistenten der psychiatrischen Klinik zu Freiburg.

Wenn auch unser Wissen von der katatonen Form der *Dementia praecox* im letzten Jahrzehnte in ganz bedeutendem Maße, ich brauche nur an die Arbeiten von *Kraepelin*, von *Schüle*, *Meyer*, *Aschaffenburg* u. a. zu erinnern, vermehrt wurde, so sind doch noch manche Seiten der Symptomatologie dieser Krankheitsgruppe unerforscht, und über ihre Ursachen sind wir, mögen unsere Vermutungen auch in bestimmter Richtung sich immer mehr verdichten, vorläufig noch ebenso im unklaren, wie die ersten Schilderer dieses eigenartigen Leidens. Schon deswegen ist eine Vermehrung des in der Literatur niedergelegten kasuistischen Materiales erwünscht. Vor allem aber schien mir die Veröffentlichung des der vorliegenden Arbeit als Basis dienenden Falles angezeigt, weil er zu ätiologischen Erwägungen, pathogenetischen Betrachtungen besonders herausfordert und seine in mehr als einer Beziehung eigenartige Symptomatologie ihn aus den alltäglichen Katatoniefällen heraushebt.

E. Fr., geb. 12. März 1866, Bauer. Hereditäre Verhältnisse unbekannt. Normale Entwicklung. Mit 15½ Jahren (1881) schwere Verletzung des Schädelsknochens und der Weichteile dadurch, daß der Lauf einer nach oben abgefeuerten Pistole zurückgeschleudert wurde. Wegen der nach der Hirnerschütterung bestehenden bleibenden Beschwerden wurde ein Teil des bei dem Unfälle eingedrückten, zersplitterten Knochenfragmentes operativ entfernt. Nachher scheinbar völlige Heilung, doch fiel Patient späterhin durch Charakteränderung: verschlossenes Wesen, Eigensinn, große Reizbarkeit auf. Er war zu heftigen Affekten disponiert, in welchen er „wie von sich“ war, zitterte.

Die Intensität dieser Erscheinungen wechselte. Kopfweh trat auf. Doch konnte Pat. seinem Berufe noch nachgehen, war fleißig und anständig. Erst gegen das Jahr 1890 wurde er auffälliger. Alkohol konnte er zunehmend weniger ertragen, wurde durch Genuß desselben sehr erregt. Seine Reizbarkeit nahm zu. Im Sommer 1891 begann er auch stärker über Kopfschmerzen zu klagen, die er in die Gegend der Verletzung lokalisierte, und die durch Druck auf die Narbe verschlimmert wurden. Auch sonst veränderte er sich allmählich. Seine Leistungsfähigkeit nahm ab; er wurde sehr mißtrauisch, äußerte allerlei Beeinträchtigungsideen (die Brüder würden ihm vorgezogen und Verfolgungswahn (es geschehe allerlei gegen ihn, man habe seinen Wein vergiftet usw.). Gegen den Vater wurde er drohend, gewalttätig gegen den Bruder, sprach auch von Selbstmord.

Am 12. November 1890 wurde er daher in die psychiatrische Klinik zu Freiburg verbracht. Die körperliche (neurologische) Untersuchung des proportioniert gebauten, mittelgroßen Mannes ergab außer lebhaften Reflexen. leichtem Tremor manuum als bemerkenswert nur die im linken Scheitelbein etwa 1 cm vor seinem Zusammenfluß mit dem Hinterhauptsbein, und etwa 2,5—3 cm von der Sagittalnaht entfernten Residuen des erwähnten Traumas: kleine Hautnarbe, frei beweglich, darunter etwa einmarkstückgroßen, unregelmäßig umrandeten Defekt im Scheitelbein, in welchem man in einer Tiefe von etwa $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ cm ein Knochenstück fühlt. Keine besondere Druckempfindlichkeit der Narbe. Psychisch zeigte sich Patient völlig orientiert, intellektuell nicht merklich geschädigt. Scheu zurückhaltendes Gebaren, verlegenes Wesen fielen an ihm auf. Die anfänglich geäußerten Verfolgungsideen (bezügl. der Geschwister) schwanden bald; Patient arbeitete fleißig, blieb aber gerne für sich. Bei seiner Entlassung am 3. Februar 1891 zeigte er relative Krankheitseinsicht, war geistig etwas weniger rege als früher. Doch lauteten die eingezogenen Erkundigungen über ihn in der nächsten Zeit günstig. Erst im August 1891 wurde gemeldet, daß er zwar arbeite, aber fast ständig „nervöse Aufregung“ zeige, eigensinniger sei und noch weniger Widerspruch ertrüge als früher. Im Zorn zitterte er. (1892.) Wegen zunehmender Erregung (Verfolgungsideen) wurde er schließlich (2. Januar 1894) wieder in die Klinik gebracht. Dasselbst zeigte er wechselndes Verhalten: bald zugänglich und freundlich, bald mißmutig und ablehnend. Vorübergehend bestand Mutazismus. Gelegentlich kam es zu Schimpfexplosionen, wobei Patient in abrupter Weise aufs heftigste lospolterte. Beim Antworten fiel ein unmotiviert lautes Sprechen auf. Krankhafte Eigenbeziehung, Klagen über Belästigungen (Gehörstäuschungen) wurden oft geäußert. Am 31. Mai 1894 gebessert entlassen. Trotz stets vorhandener Reizbarkeit und sonstiger Auffälligkeiten konnte sich Patient von da an bis zum Ende des Jahres 1897 in der Familie, bei wenig Arbeit halten; dann fing er an, sehr erregt zu werden, mit Totschlag und Brandstiftung zu drohen, so daß er am 26. Januar 1898 wiederum in die Anstalt aufgenommen werden mußte.

Somatisch zeigte er sich unverändert, außer Tremor manuum, lebhafter

Patellarreflexen, Dermatographie wurde kein nennenswerter neurologischer Befund erhoben.

Psychisch bot er folgende Erscheinungen: Orientierung erhalten (nie Bewußtseinsstörungen). Über sein Gedächtnis, Wissen, Urteilsvermögen war zunächst kein sicherer Aufschluß zu erlangen, da Patient, wegen der bestehenden Gehörshalluzinationen (drohende Stimmen, Beschimpfungen aus dem Boden heraus) gegen seine Umgebung mißtrauisch, zurückhaltend oder direkt drohend war, und dann auch, weil der damals zweifellos schon ausgeprägte Negativismus eine Exploration unmöglich machte: er antwortete (wie in der Krankengeschichte vermerkt ist) oft gar nicht, entzog sich der Visite, verweigerte die Hand, kniff die Augen zu, wenn man seine Pupillen untersuchen wollte. Antwortete er, so bestand die Antwort meist nur aus einem ablehnenden oder ausweichenden: „schon gut“, — oder „es ist recht“. Sofort nach seiner Aufnahme (Januar 1898) fiel eine merkwürdige Art zu schreiben (vgl. später) an dem Patienten auf; er setzte hinter jeden Vokal etwas wie ein „h“, ohne dafür Gründe angeben zu können.

Im Laufe des Jahres 1898 wechselte dann sein Verhalten insofern, als er zeitweise etwas freundlicher war, die Hand gab, Bilderbücher ansah, auch las (soweit man feststellen konnte, rein mechanisch, auch Artikel, die ihm sicher ganz unverständlich waren). Auch in diesen Zeiten war er kaum zu ausgiebiger Auskunft zu bewegen, klagte manchmal abrupt — mitunter nur sekundenlang, explosionsartig, mit lauter Stimme — über „Leute, die es auf ihn abgesehen hätten, ihn verrückt machen wollten“. Zur Arbeit war er nicht zu bewegen, verkehrte nie mit den Insassen seiner Krankenabteilung. Mit diesen Zeiten wechselten andere ab, in welchen er sich erregt zeigte, schimpfte und drohte, oder Pfeife rauchend, ohne das geringste zu tun, andauernd in einer und derselben Haltung in einer Ecke des Saales oder Gartens stand oder mit kurzen Schritten herumging. Oft war er auch tagelang ganz mutazistisch, verweigerte negativistisch, die Hand zu geben, die Zunge zu zeigen, den Gruß zu beantworten. Oft grimassierte er; sprach er, so hielt er dabei die Hand vor dem Mund. Das Körpergewicht nahm langsam zu.

Im Mai 1899 plötzlich impulsiver Angriff auf den Wärter. Vom Sommer 1899 an gelegentlich Äußerungen wie „er sei selbst Doktor“, er wolle Pfarrer werden, er habe schon lange „lateinisch“ und „kirchlich“ studiert. Dabei nach wie vor negativistisch. September 1899 mehrtägiger Aufregungszustand mit Schimpfen und Drohen, Verlangen nach Entlassung, nachher wieder stumpf, gleichgültig, um nach einiger Zeit immer wieder erregt seine Entlassung zu fordern.

Mit dem Beginn einer Influenza (Bronchopneumonie — Anfang Febr. 1900) zunehmende Unruhe, auch nachts. Patient klagte stark über die Stimmen, gab dieselben Schimpfreden zurück (vor dem Fenster stehe einer, der ihm immer zurufe), sprach viel mit Fistelstimme vor sich hin. Auf der Höhe der Krankheit (Temperaturen bis 39°) zugänglicher; auffallende Unsicherheit der Arm- und Handbewegungen, Tremor linguae et manuum, Klagen über

Sehsschwäche. Auch nach Abheilung der Influenza klagte er noch wochenlang über Kopfschmerz, darüber, daß es ihm manchmal schwindlig, ihm zu Mute sei, als ob er nicht bei Verstand, ein Blatt innen an seiner Stirn wäre, — „ich weiß denn als gar nicht die Gedanken von mir selbst“. — Starker Tremor manuum, Schädelnarbe nicht ausgesprochen druckempfindlich.

Weiterhin dann das alte Verhalten: bald Klagen und Schimpfen über die Stimmen, die „Lump“, „Größenwahn“ rufen, aus seinem Munde herausprechen, sowie darüber, daß Bewegungen mit seinen Armen und Beinen gemacht würden („von unten wird mir das zugefügt“); oder stumpf interestloses oder leicht negativistisches Verhalten, das selten durch impulsive Angriffe auf die Umgebung, noch seltener (von Sommer 1900 an) durch die eigentümlichen lauten Schimpfexplosionen für Momente unterbrochen wird. Die sprachlichen Entäußerungen beschränkten sich manchmal auf ein stereotypes: „Gut, gut“ — „es geht ordentlich“; manchmal war er auch gesprächiger, las auf Verlangen seine Tagebuchnotizen usw. vor. Nie fielen dabei stärkere motorisch koordinatorische Störungen des Sprechens auf; nur selten kam es zu einmaligen Wiederholungen (eines Wortes, einer kurzen Phrase), fast nie zu Anklängen an Sprachverwirrtheit.

Vom Beginn des Jahres 1901 an wurde dies anders. Ohne daß „Anfälle“ irgendwelcher Art zu beobachten waren oder sonstige Erscheinungen einer Exazerbation des Krankheitsprozesses sich erkennen ließen, zeigte sich plötzlich eine auffallende Häufung der katatonischen (und anderer?) Spracheigenheiten. Vor allem trat plötzlich prononciert die Tendenz zu automatischem Wiederholen des Gesprochenen auf, schließlich so ausgesprochen, daß Patient oft drei-, vier-, ja sechsmal und öfter den Gruß: „Guten Morgen“, eine kürzere oder längere Antwort wiederholte. Auch bei spontanen Mitteilungen ließ sich die gleiche Erscheinung konstatieren, z. B.: „Die Stimmen in der Luft, die Stimmen in der Luft, die Stimmen sind noch da, die Stimmen sind noch da“ (März 1901). Dabei war die Betonung oft ganz gleichmäßig monoton. Vielfach bestand diese Monotonie aber nur in den Wiederholungen des Gesprochenen oder wenn Patient einmal sozusagen im Redefluß war. Der erste Anfang seiner Entäußerungen hatte nämlich etwas eigenartig Erschwertes; laut und explosiv wurden die Buchstaben, insbesondere die beginnenden Konsonanten gebildet, deren Aussprache oft ganz verwaschen war. Schon im Februar 1901 vermerkt die Krankengeschichte ferner zeitweise besonders stark hervortretendes stotterndes Ansetzen und ebenso eine eigenartige (fast an paralytische Sprechstörungen erinnernde) Schwerfälligkeit beim Nachsprechen selbst von einfachen Worten. Schnellschlägiger Tremor (besonders links), Dermatographie usw. waren dauernd vorhanden. Im weiteren Verlaufe der Krankheit traten die dysarthrischen Erscheinungen fast noch stärker hervor. Beim Spontansprechen, Antworten, beim Vorlesen auch alltäglicher und ihm geläufiger Worte fiel das eigenartig schwerfällige Stottern auf. In gleicher Weise traten diese und die perseveratorischen Erscheinungen zutage, wenn Patient über die Verfolgungen („Telephonieren im Kopf, Gestänke,

„Ideenmaschinen unter der Erde“ usw.) schimpfte oder mehr — wie es später — (vgl. Krankengeschichte, August 1901) meist der Fall war — affektlos monoton sich darüber aussprach. Der Mangel gemüthlicher Reaktion auf die Sinnestäuschungen wurde im folgenden Jahre 1902 immer offenkundiger. Schließlich produzierte er seine Verfolgungswahnideen bezw. die verschiedenen Sinnestäuschungen. Völlig affektlos oder bland-heiter äußerte er — meist nur auf direkte Fragen — auch Größenideen, wie die erwähnten: er habe studiert, könne alle Sprachen (chinesisch, jerusalemisch usw.).

Die eigenartige Schreibweise blieb unverändert; ebenso die sprachlichen Auffälligkeiten: das maniirt laute Sprechen, das Stottern, Perseverieren. Weiteres nahm 1902 vielleicht noch zu, so daß, wenn man dem Kranken mehrere kurze Fragen rasch hintereinander stellte (vgl. Krankengeschichte), er nicht selten in der zweiten und dritten Antwort Worte aus der ersten bzw. zweiten störend eindrängte. Andeutungen von Sprachverwirrtheit traten bis zur Überführung in die Pflegeanstalt (September 1903) nur sehr spärlich hervor. In letzterer verschlimmerten sie sich etwas, während — wie die katamnестischen Erhebungen ergaben — der Gesamtzustand sich allmählich soweit besserte, daß Patient von 1904 an regelmäßig bei leichter Feldarbeit beschäftigt werden konnte, einfache Obliegenheiten leidlich gut vollführte, wenn er auch stets für sich allein, verschlossen blieb, gelegentlich noch — meist ganz affektlos — über Verfolgungen klagte.

Als ich den Patienten zuletzt sah (Anfang Februar 1906), war folgendes zu konstatieren: das somatische Allgemeinverhalten ist unverändert. Außer Tremor manuum et linguae, vasomot. Erregbarkeit. Lidtremor kein neurologischer Befund, wenn man von dem, wenn auch nicht mehr so intensiv, so doch noch deutlich vorhandenen Stottern und Gacksen absieht. Psychisch zeigte sich Patient völlig orientiert, Gedächtnis und Wissen ziemlich intakt; das Urtheil über einfache, ihm geläufige Lebensverhältnisse ebenfalls kaum alteriert. Krankheitseinsicht fehlte völlig. Ohne merkliche Erregung klagte er, daß die Stimmen, das Telephonieren im Kopfe, besonders nachts, immer noch fortduere. Auf Befragen produzierte er auch in ganz affektloser Weise die alten Größenideen (er habe Doktor, Pfarrer studiert, kenne alle Sprachen usw.). Anklänge an den früheren Negativismus zeigten sich auch jetzt noch darin, daß er zuerst den Handschlag verweigerte, die Zunge nicht zeigen wollte, die Augen anfangs zukniff, als Referent die Pupillen untersuchte. Auch daß er fast anhaltend während des Gespräches, der Untersuchung, den Blick der Ärzte zu vermeiden strebte, muß wohl als negativistisches Symptom aufgefaßt werden. Das Sprechen (besonders von Versen) begleitete er durch maniirte Gesten der linken Hand.

Die sprachlichen Entäußerungen ließen außer der bereits erwähnten Dysarthrie die besonders zeitweise stärker hervortretende, oben schon namhaft gemachte Schwerfälligkeit in der Aussprache vieler Konsonanten und Konsonantenverbindungen erkennen. Oftmals traten in ausgesprochenem Maße perseveratorische Erscheinungen hervor. Weniger beim Vorlesen einzelner

Worte oder von Sätzen und beim Rezitieren der festeingeprägten G (Vater unser) als beim affektvollen Spontansprechen, Rezitieren patriotischen Gedichte und beim Antworten. Insbesondere bei letzterem war das Symptom prägnant, z. B. „es geht gut. es geht — gut, geht — gut“ oder „ich kenn ich kenn — ich kenn — Sie — Sie“; dabei wurden zumeist die Pausen (die Gedankenstriche in den Beispielen angedeutet) mit den Repetitionen nehmend länger, so daß die letzten Silben bzw. Worte („gut“ bzw. „ich“) oft wie ein verklingender Nachschlag sich anhörten. Bei Antworten, die kurz nacheinander gestellte Fragen erfolgten, mengten sich auch jetzt (wie das von früher (April 1902) schon gemeldet wurde) oft in die 2. bzw. dritte Worte. Bestandteile der früheren, oder es drängten sich sehr bar ganz beziehungslose Wendungen, mitunter auch offenbar durch die 1. angeregte Worte ein, z. B.: „Wie lange sind Sie hier?“ Antwort: „Ich 1903 lange herkommen“, oder (Frage) „Wo waren Sie denn früher?“ der physikalischen (korrumpiert für psychiatrisch, nur absatzweise her gebracht) waren denn Klinik in Freiburg.“ Manche Bemerkungen, ein gesagtes Gedicht klangen durch diese eigenartigen Reiterationen ganz sp verwirrt, z. B.: „An der Saale fern im Osten, stand ein — Saale — ein Mann auf — Osten — Posten.“ Wie die sprachlichen Eigenheiten, so k sich auch (vgl. Fig. 4) die Eigenheiten der Schrift E.s nicht geändert (vgl. sp

Fassen wir kurz zusammen. Der 1866 geborene Pa. erlitt 1881 eine schwere Hirnerschütterung (bleibende Depression eines einmarkstückgroßen Knochenfragmentes ungefähr über hintern Teil des l. gyrus angularis). Leichte Charakterveränderungen, nervöse Reizsymptome: Kopfschmerz, Tremor manuum usw., sp hin zunehmende Alkoholintoleranz waren die Folgen. Von an begann dann ein katatonischer Prozeß, der unter Auftreten von Verfolgungswahn und Sinnestäuschungen sich schubweise entwickelte, 1898—1901 sein Höhestadium hatte. Bei Beginn weiterhin zeitweise auch im Verlauf der Katatonie, besonders während und nach einer interkurrenten Influenza traten „nervöse“ Beschwerden besonders hervor, wenn auch immer die Erscheinungen der Katatonie: impulsive Handlungen, Stereotypien, Nivismus, Mutazismus, maniertes Sprechen, Perseveration, bizarre Schreibweise überwogen. Mit leichten Intensitätsabschwächungen besteht der Krankheitszustand auch jetzt noch.

Die vorstehende Krankheitsschilderung läßt wohl keinen Zweifel daran, daß es sich bei E. um eine Katatonie handelt. Und zwar haben wir eine jener lenteszierend, ohne eigentlichen (initialen) schwereren Stupor verlaufenden Formen vor uns,

ie nach *E. Meyers* Untersuchungen von vornherein als prognostisch ungünstiger betrachtet werden können.

Die Besonderheiten unseres Falles legen verschiedene Fragen nahe. Einmal ist zu erwägen, ob dem schweren Schädeltrauma gend eine ätiologische Bedeutung für die später ausgebrochene sychose zu vindizieren ist; dann dürfte vor allem zu untersuchen ein, ob wir die geschilderten Krankheitserscheinungen alle auf en katatonen Prozeß zurückführen müssen, oder ob (zurzeit) eben der Katatonie noch Störungen anderer Genese bei E. betehen; ist dies der Fall, so würde von Interesse sein, zu eründen, in welcher Weise sich die pathogenetisch differenten rscheinungen gruppieren, kombinieren, ob und wie sie sich regenseitig beeinflussen.

Im allgemeinen wird ja die Bedeutung des Trauma als Ursache seelischer Erkrankungen überschätzt. Daß die pathophysiologischen (materiellen) Grundlagen einer der uns heute wohlbekannten Psychosen direkt und allein durch ein (schweres oder leichtes) Schädel-Hirntrauma erzeugt, geschaffen werden können, ist eine zwar vielerorts gang und gäbe, aber m. E. durch nichts bewiesene Anschauung.

Was ein Trauma an materiellen Veränderungen im Zentralorgan direkt durch Quetschung (Änderungen des molekularen Gefüges), durch Zerreißung und Zertrümmerung, indirekt durch konsekutive chronisch entzündliche, degenerative Prozesse, durch Zirkulations- und Ernährungsstörungen usw. zustande bringt, sind Prozesse und Zustände, die sich ihrer Qualität nach zweifellos ganz bedeutend von den Sonderzuständen des Parenchyms unterscheiden, die den eigentlichen Seelenstörungen zugrunde liegen. Diesen traumatischen Hirnveränderungen entsprechen wohl nur Ausfalls- und bestimmt geartete nervös-psychische Reizerscheinungen, die, von Intensität, Lokalisation und Kombination der organischen Traumafolgen abhängig, ungemein vielgestaltig sein, sich eventuell auch so verhalten, so gruppieren können, daß sie grobsymptomatisch gewissen Neuropsychosen, besonders einer Epilepsie, Neurasthenie gleichen.

Wo wir aber nach Traumen typische (insbesondere funktionelle) Psychosen (auch Neuropsychosen) auftreten sehen, da können wir

sicher sein, daß die Seelenstörung in ihren wesentlichen Grundbedingungen schon vorbereitet war und dem Trauma nur akzessorische Rolle des den Ausbruch des Leidens veranlassen es auslösenden Momentes zukam. Der Kranke war zum mindesten spezifisch prädisponiert, befand sich vielleicht schon in der Prodromal- oder unerkannten Initialperiode des Leidens, und der Unfall, die Hirnläsion, hat nur einen bislang latenten Prozeß manifestiert.

Daß wir die Prodrome der Krankheit, bzw. die spezifische Veranlagung dazu nicht erkannten, auch nachträglich diesbezüglich oft nichts Beweisendes eruieren können, darf bei der Vollkommenheit unserer klinischen Erfahrung und Untersuchungsmethoden nicht wundernehmen. Auch für weitaus die meisten Fälle sog. traumatischer Hysterie, Neurasthenie usw. gilt das Gesagte. Je sorgfältiger man jeden einzelnen ergründet, je gehendere allgemeinpathogenetische Betrachtungen man anstellt, desto weniger wird man sich der Überzeugung verschließen können, daß, wie bei den sonstigen Psychosen, fast durchweg auch ihnen das Trauma nur mehr minder als Agent provocateur Bedeutung besitzt. Anders wären ja die Tatsachen gar nicht zu verstehen, die wir nur summarisch hier rekapitulieren wollen.

1. Wir sehen so und so oft, daß schwerste Hirnerschütterungen, Verletzungen, selbst partielle Zertrümmerungen des Gehirns vorkommen — wenn wir von Ausfallserscheinungen, symptomatischer Hemiplegie usw. absehen — reaktionslos ertragen werden; während eine akute noch eine chronische Psychose (sensu strictiore) die Folge ist.
2. Während die Einen schwerste Hirnalterationen überstehen, reagieren Andere bekanntlich schon auf leichte Traumata selbst solche, bei denen man oft kaum etwas anderes als den psychischen Chok verantwortlich zu machen weiß, mit schweren, eventuell unheilbaren psychischen Entgleisungen.
3. Ganz gleichartige (eventuell vorwiegend psychische) Traumata haben bei verschiedenen (mit Erkrankung reagierenden) Personen ganz verschiedene Wirkungen. Der eine erkrankt an einer chronischen (unheilbaren), der andere an einer akut einsetzenden, stürmisch ablaufenden, eventuell wieder abheilenden Psychose; bei jenem entwickelt sich eine Hysterie (leichter oder schwerer Art), bei diesem rein neurasthenische Erscheinungen, während bei einem dritten ein manischer Anfall

ei einem vierten eine Mischpsychose alsbald nach dem Schädeltrauma zum Ausbruch kommen oder — ich erinnere an *Heilronners* Fälle (Münch. Med. Wochenschr. 1905), vgl. auch *Calberlah* (Arch. f. Psych. Bd. 38), *E. Meyer* (Neurol. Zentralbl. 904) sich ein typischer Korsakow einstellt.

Erwägt man alle diese Tatsachen, so wird man kaum eine andere Erklärung dafür haben, als daß das Trauma nur den Anstoß zum Ausbruch, zur Manifestation eines Krankheitszustandes gibt, der in anderen Momenten seine wesentlichen Ursachen besitzt, der potentiell eigentlich schon vorhanden war, und der nur der auslösenden Ursache bedurfte, damit seine pathologischen Energien aus der potentiellen in die kinetische Form übergingen. Möglich ist ja, daß in einzelnen dieser Fälle ohne diesen spezifischen — vielleicht im gegebenen Moment durch innere somatische Bedingungen (Ernährungszustand, Zirkulationsverhältnisse) noch besonders begünstigten — Anstoß diese Aktivierung nicht stattgefunden hätte.

Aber selbst diese Möglichkeit — so sehr sie bei der forensischen Beurteilung solcher „traumatischen“ Psychosen im Auge zu behalten ist (man wird auch bei unserer Auffassung daher das Trauma mit gutem Gewissen zugunsten etwaiger Rentenempfänger verwerten dürfen). — hebt die Hirnerschütterung nicht über die Reihe der bloß akzessorischen oder Hilfsursachen heraus, unter die sie allen funktionellen Psychosen (wie auch wohl den meisten organischen) gegenüber rangiert. Nur zur Katatonie (der K. idiologisch gleichartigen Störungen) könnte möglicherweise ein Trauma manchmal in nähere ursächliche Beziehungen treten. Die folgenden Darlegungen werden diese vielleicht zunächst auffallende Behauptung näher begründen.

Die zweifellos materiellen Vorgänge, welche der Katatonie zugrunde liegen, sind wohl sicher toxisch bedingt. Und zwar handelt es sich höchstwahrscheinlich um eine Autointoxikation (*Kraepelin*). Wie diese allerdings zustande kommt, ist nicht bekannt. Zweierlei wäre möglich. Das Gehirn könnte geschädigt werden 1. durch pathologischerweise neu auftretende giftige Stoffwechselprodukte, 2. durch normale Abbauprodukte des Organismus, wenn sie nicht, wie gewöhnlich, rechtzeitig und genü-

gend eliminiert oder unschädlich gemacht werden. Dieses aber Verweilen physiologischer Abbauprodukte im Körper könnte seinerseits bedingt sein durch stoffliche oder funktionelle Erkrankungen der Organe, denen eine se- oder exkretorische Tätigkeit¹⁾ obliegt. Es könnte aber auch darin seinen Grund haben, daß die sonst imstande kommende Bindung, damit das Unschädlichwerden der normalerweise auftretenden nervengiftigen Stoffwechselprodukte ausbleibt oder nicht in vollem Maße erfolgen kann, vielleicht deswegen, weil infolge irgendwelcher Ursachen eine übermäßige Produktion solcher differentiellen Abbaukörper statthat, eventuell eine Produktion über die Zeit hinaus erfolgt, für welche der Organismus mit Schutz- und Regulierungsvorrichtungen zur richtigen Entgiftung (oder vielleicht auch Verwertung) dieser Organleistung eingerichtet ist — ich denke hier z. B. an die Thymus, die eine unbekannte Tätigkeit offenbar mit der Pubertät (demnach viel später, als man früher glaubte) einzustellen oder wenigstens zu modifizieren beginnt.

Welche von all diesen Möglichkeiten zutreffen mag, wird erst die Zukunft lehren. Vielleicht müssen sich mehrere kombinieren, um als Endeffekt die Hirnvergiftung, die Katatonie zu erzielen. Vielleicht aber reichen die Giftstoffe allein überhaupt nicht aus, um die destruktiven Prozesse im Gehirn einzuleiten und zu unterhalten, sondern sie entfalten nur da ihre ungünstige Wirkung, wo sie auf ein bereits irgendwie geschwächtes und daher weniger widerstandsfähiges Organ treffen. Solche prädisponierende Momente, die das Gehirn für die Giftwirkung besonders empfänglich machen, könnten in angeborenen Minderwertigkeiten zustanden gegeben sein. Damit würde uns die häufige erbliche Belastung der Katatoniker verständlich werden. Auch in, durch körperliche und psychische Reize schwächenden Umwälzungen wie sie Pubertät, bei Frauen Klimakterium und Fortpflanzung mit sich bringen, könnten begünstigende Bedingungen für die toxische Schädigung des Zentralorgans gelegen sein, oder in, somatische und psychische Schädlichkeiten vereinigenden äußeren

¹⁾ Am unwahrscheinlichsten dünkt auch uns *Tschischs* (Monatsschrift für Psych. u. Neur. Bd. VI) Erklärungsversuch, der in sexueller Abstinenz den einheitlichen Grund des Leidens erblicken zu können glaubt.

Lebensbedingungen (Untersuchungs-, Strafhafte), unter welchen Umständen ja so häufig Katatonien zum Ausbruch kommen. Auch eine Hirnerschütterung könnte möglicherweise nicht nur die bereits in Entwicklung begriffene Krankheit beschleunigen, plötzlich manifestieren, sondern unter Umständen erst die Angriffsfläche für das Körpergift schaffen, indem sie eine mehr minder allgemeine Hirnschädigung herbeiführt. So würde der Unfall eventuell eine nicht unwesentliche Hilfsursache für die mehr minder rasch, vielleicht erst nach einem posttraumatischen Latenzstadium einsetzende Katatonie.

Vielleicht könnte aber ein Trauma gelegentlich in noch direktere Beziehungen zur Katatonie (und analogen Autointoxikationspsychosen) treten. Nach sonstigen klinischen Erfahrungen erscheint es nämlich nicht ausgeschlossen, daß ein Unfall durch Herbeiführung einer Verletzung innerer Organe oder durch Störung eines regulatorischen Mechanismus geradezu *Causa movens* für die Produktion der abnormen Stoffwechselprodukte werden kann, in denen wir die direkte Ursache des katatonen Hirnprozesses sehen. Insbesondere Schädeltraumen könnten solche besondere ätiologische Bedeutung gewinnen. Denn wir dürfen nicht vergessen, daß zweifellos für alle Organleistungen (Stoffwechselvorgänge) Zentren, Regulationsapparate im Zentralorgan (Gehirn) vorhanden sind, die sehr wohl durch eine Hirnerschütterung in Mitleidenschaft gezogen werden könnten. Folge ihrer Verletzung wäre dann die Bildung hirntoxisch wirkender Körper und damit die Katatonie.

Diese Möglichkeit — daß sie eine seltene ist, wird nicht bestritten — hatte ich im Auge, als ich oben davon sprach, daß unter Umständen ein Schädeltrauma zu solchen Autointoxikationspsychosen in innigerer Beziehung stehen könne, als zu den übrigen Psychosen.

Wie liegen nun die Verhältnisse in unserem Falle. War das Schädeltrauma vom Jahre 1881 für die Gesundheit E.s bedeutungslos? Die Gewalteinwirkung dabei war zweifellos eine große. E. trägt an seinem Schädel sicht- und fühlbare Spuren noch jetzt. Und ohne daß wir über die akuten Symptome und Primärfolgen der Hirnerschütterung und Scheitelbeinzertrümmerung Authentisches wissen, können wir sagen, daß jedenfalls die lokale

Depression des Knochenstückes über dem linken gyr. angularis mit den notwendigen Begleiterscheinungen (Durarissen, Blutungen usw.) nicht die einzige organische Folge war. Die allgemeine Erfahrung zeigt ja, daß solch schwere Traumen fast immer unfänglichere intrakranielle Läsionen schaffen, die eventuell für sich allein symptomatische Neuropsychosen etc. bedingen oder als Hilfsursachen vorbereitete Seelenstörungen mit herbeiführen.

Denn von der Stelle der Infraktion setzen sich gewöhnlich kleinere oder größere Knochensprünge (event. nur der Tabula vitrea) in die Umgebung fort; durch Kontrecoup entstehen nicht selten auch an ganz entfernt liegenden Partien des Schädeldaches Brüche; durch die Fortpflanzung der Erschütterung im liquor cerebrospinalis können selbst weitab liegende Teile der Hirnoberfläche, ja sogar solche im Hirnnern (Aquädukt, 4. Ventrikel), wie man insbesondere aus experimentellen Erfahrungen weiß, in Mitleidenschaft gezogen, da und dort kleinste Gewebsquetschungen, Zertrümmerungen, Gefäßrisse usw. verursacht werden, von welchen Stellen aus sich nicht selten chronisch entzündliche oder Entartungsvorgänge schleichend in die Umgebung ausbreiten. Daher wird ein Individuum nur unter den günstigsten Bedingungen (absolute Rüstigkeit des Gehirns, Fehlen jeglicher Praedisposition, Lokalisation der Verletzungen an indifferenten Stellen usw.) ein derartig schweres Trauma ohne alle Folgen überstehen. Daß dies bei E. nicht der Fall war, dürfte m. E. eine genauere Analyse seiner Krankheitsgeschichte erweisen.

Nach Überwindung der ersten Nachwirkungen des Unfalls wurde E. zwar wieder arbeitsfähig (trotz subjektiver Beschwerden). Allmählich fiel er aber objektiv durch Änderung seines Charakters auf. Er wurde reizbarer, war nach dem Trauma verschlossener als früher. An und für sich sind diese psychischen Veränderungen ja sehr vieldeutig. Man könnte bei oberflächlicher Betrachtung des Falles geneigt sein, in ihnen nur Prodromalsymptome der Katatonie zu sehen. M. E. ist dies nicht angängig. Denn erst etwa neun Jahre später kam die Katatonie zum Ausbruch. Auf sie wird man die posttraumatisch aufgetretenen subjektiven Beschwerden und die Wesensänderung E.s also nicht beziehen dürfen. Um so weniger, als eine andere Deutung viel näher liegt, wenn wir

gewisse späterhin an E. konstatierte Erscheinungen in Rechnung ziehen, die mehr minder aus dem Krankheitsrahmen der reinen Katatonie herausfallen und mit der initialen Charakteränderung, den Kopfschmerzen, der Reizbarkeit eine Symptomengruppierung ergeben, die jeder Unbefangene als traumatische „Neurose“ bezeichnen würde. Daß die Symptome, die u. E. als Traumafolgen gedeutet werden müssen, zeitweise mehr, zu anderen Zeiten weniger hervortraten, daß sie sich insbesondere dann manifestierten (s. Krankengeschichte), wenn besondere Ansprüche an das Zentralorgan gestellt wurden, abnorme Verhältnisse in ihm bestanden, wie offenbar zu Beginn der Psychose, während der Influenza 1900 der Fall war (Änderungen der Zirkulations- und Ernährungsverhältnisse des Organs), ist etwas, was bei leichteren Reiz- und Ausfallserscheinungen posttraumatischer Natur nicht selten ist. Welches sind nun die auf eine „traumatische Neurose“ deutenden Symptome? Von den objektiven wären vor allem der mit Intensitätsschwankungen die ganze Zeit andauernde beiderseitige, oft links besonders stark ausgeprägte, schnellschlägige (neurasthenische) Tremor, die Übererregbarkeit der Gefäßnerven, die lebhaften Reflexe zu nennen. Auch die in den achtziger Jahren hervorgetretene zunehmende Alkoholintoleranz, die wachsende Reizbarkeit, das Stärkerwerden des Zitterns in Affekten, der periodische, an der Narbe lokalisierte Kopfschmerz scheinen mir nur bei unserer Auffassung der klinischen Symptome verständlich. Daß das Trauma eine Rolle im Zustandekommen dieser Symptome spielte, wird auch bewiesen durch die von Zeit zu Zeit — oft gleichzeitig mit ihrer Exazerbation — immer wieder auftretende Schmerzhaftigkeit der Narbe. Auch die bei und während der Influenza außer den genannten hervorgetretenen Störungen: Schwindelgefühl, Verstärkung des Zitterns der Arme bis zur Ataxie, starker Kopfdruck, Sehschwäche usw. sind Erscheinungen, die wir nicht auf den katatonischen Prozeß als solchen zurückführen dürfen, sondern mit den (mikro-)organischen traumatischen Läsionen des Zentralorganes und ihren Residuen allein richtig erklären können.

Es bestand und besteht also neben der Katatonie noch etwas anderes bei E., ein Folgezustand des schweren Traumas, den wir

symptomatisch als „Neurasthenie“ bezeichnen können. Von einer traumatischen „Hysterie“ möchte ich im vorliegenden Falle nicht sprechen, da größere Beeinflußbarkeit stets fehlte, die Symptome nicht das Wechselnde der hysteroiden zeigten, auch hysterische Charakterzüge immer vermißt wurden. Daß dieser vom Trauma herrührende (zeitweise exazerbierende) anormale Hirnzustand später die Entwicklung des katatonen Hirnprozesses (und damit kommen wir auf die Frage des Zusammenhangs von Katatonie und Trauma) begünstigte, läßt sich natürlich nicht beweisen. Ich halte dies immerhin für möglich. Dagegen glaube ich nicht, daß man es im vorliegenden Falle mit der oben erwähnten seltenen Möglichkeit eines direkten ursächlichen Konnexes von Schädeltrauma — Giftproduktion und Katatonie zu tun hat. Dazu ist das Intervall zwischen Hirnerschütterung und Katatonieausbruch (neun Jahre) denn doch viel zu groß.

Noch einen anderen Punkt glaube ich kurz berühren zu müssen. Man könnte, ich verweise auf *von Muralts* Abhandlung (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57), die Katatonie für eine symptomatische ansehen, und wegen der Zeichen der traumatischen Neurose nur das Vorliegen eines traumatischen Krankheitsbildes mit katatonen Zügen annehmen wollen. Auch dies ist nicht angängig. Der Verlauf der Katatonie ist (trotz gewisser Besonderheiten) zu typisch. Die katatonen Symptome traten erst so lange nach dem Unfall auf, daß eine andere Deutung als die gegebene gekünstelt erscheint.

Im Hinblick darauf, daß bei E. neben einem echten katatonen Verblödnungsprozeß traumatisch-neurasthenische Erscheinungen bestehen, verdient eine seiner sprachlichen Eigentümlichkeiten besondere Beachtung, die erst auf dem Höhestadium der Erkrankung in voller Deutlichkeit hervortrat und die man deshalb zunächst als katatonies Symptom aufzufassen geneigt sein könnte, obwohl m. W. bei reinen Katatonien etwas Derartiges noch nicht beschrieben ist. Es ist das eigenartig verwaschene (z. T. an paralytisch-bulbäre Sprachstörung anklingende) Sprechen und das merkwürdige Gacksen und Stottern, das erst von 1901 ab in voller Stärke sich zeigte und mitunter sehr an ein „hysterisches“ Stottern erinnerte. Jedenfalls war dasselbe bei E. von Haus aus nicht vorhanden; wann es nach dem Trauma (in Andeutungen) erstmals sich zeigte, konnte nicht festgestellt werden; sicher ist nur, daß E. dieses Phänomen bei seinen ersten zwei Aufenthalten

in der Klinik nicht und auch zu Anfang des dritten noch nicht in so prononziertem Maße darbot, wie von 1901 ab.

Bekanntlich stellen sich derartige Sprachstörungen nach Traumen (als Teilerscheinung einer „traumatischen Neurasthenie“ oder „Hysterie“) nicht selten ein. Allerdings liegt selten ein langes Zeitintervall zwischen Unfall und ihrem Auftreten. Trotzdem bin ich der Meinung, daß auch E.s Stottern eher als ursprünglich latente und erst durch den katatonen Hirnprozeß manifestierte Teilerscheinung seines remittierend-exazerbierend verlaufenden traumatischen Hirnleidens, auf welches die Katatonie überhaupt etwas verschlimmernd eingewirkt hat, denn als rein der Katatonie zugehöriges Symptom (etwa vergleichbar einem „Partialdefekt“ im Sinne *Rosenfelds*) aufzufassen ist.

Mit wenigen Worten sei noch der, besonders in der ersten Zeit häufigen sprachlichen Explosionen E.s (s. Krankengeschichte) gedacht. Wie erwähnt, bestanden sie in meist sehr rasch wieder abklingenden Schimpfanfällen, die ganz eigenen elementaren Charakter trugen. Man hielt sie (und konnte dies anfangs wohl mit Recht tun) für psychologisch motivierte Reaktionen auf die belästigenden Stimmen usw. Doch kamen mir schließlich Zweifel an der Richtigkeit dieser Auffassung. Vor allem deshalb, weil sie weder regelmäßig vorher den ansteigenden, noch nachher den abklingenden Affekt (wie ein psychologisch ausgelöstes Schimpfen fast immer) erkennen ließen, sich z. T. plötzlich aus dem substuporösen Zustand herausentwickelten bzw. in ihn zurückführten; dann auch, weil der Kranke damals, insbesondere 1900, schon die schwindende, ja mangelnde gemütliche Verarbeitung der Objectionen und sonstigen Belästigungen erkennen ließ, im nächsten Augenblick eventuell auch ganz gleichmütig darüber sprach. Man wird also die Schimpfexplosionen, wenigstens teilweise, richtiger für analoge Impulsivitäten des sprachmotorischen Projektionsystems ansehen, wie wir sie in den plötzlichen (impulsiven) Gewalttaten, Zerstörungsakten der Katatoniker auf anderem Gebiete vor uns haben.

Außer den dysarthrischen und den eben erwähnten sprachlichen Impulsivitäten sind dann die ausgeprägten Perseverationserscheinungen, die E.s Sprechen, insbesondere seit 1901 zeigte,

der Beachtung wert. Man findet sie in dieser Form und Intensität bekanntlich nicht häufig, und insbesondere wird man selten so wie hier, darauf hingewiesen, daß Sprachverwirrtheit unter Umständen fast rein durch diese eigenartige Tendenz zu (sprachlichen) „Nachbildern“ bedingt werden kann. An anderer Stelle darüber mehr.

Besonderes Interesse kann dann der vorliegende Fall beanspruchen durch die m. W. einzigartige Bizarrie der Schrift. Als letztere erstmals bemerkt wurde — wie ich aus Mitteilungen von *Emminghaus* weiß (die Krankengeschichte enthält darüber leider keinen Eintrag), war dies kurz vor dem zweiten Austritt des Patienten aus der Klinik (1894) der Fall, als er einen Vers oder dergl. abschrieb —, dachte man (damals war die Auffassung des Krankheitszustandes noch nicht geklärt) beim Anblick der merkwürdig verunstalteten Worte an eine Art Dysgraphie infolge von Dyslexie, zumal ja der Sitz der Impression eine Reizung oder Läsion der betr. Rindenterritorien, in welchen wir uns die Schriftbilder zentriert denken, nicht unwahrscheinlich machte. Daß es sich um eine Herderkrankung in diesem Sinne nicht handelt, ist jetzt natürlich sicher. Trotzdem ist die Vermutung nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen, daß das (lokale) Trauma irgendwie zur Entwicklung der Eigenart der Schrift beitrug.

Wir tangieren mit diesem Gedanken eine Frage, deren ausführliche Zergliederung und Beantwortung weit über den Rahmen dieser Arbeit hinausführen würde: die Frage nach den Gründen der Symptomen-Verschiedenheit der einzelnen Katatoniefälle: Warum sehen wir hier Störungen im Bereiche der mimischen Ausdrucksbewegungen, dort in Gesten und Haltung, dort im Sprechapparat prädominieren, warum sehen wir bei einem Kranken fast nur Stereotypen in der Haltung, beim andern vornehmlich solche im sprachlichen Ausdruck, in Bewegungsfolgen, bei jenem frühzeitig schwere Sprachverwirrtheit mit oder ohne Verbigerieren, bei wieder einem andern perseveratorische Erscheinungen ohne ausgeprägte Dissociation im sprachlichen Ausdruck usf. Wie kommen diese Unterschiede zustande? Im wesentlichen wohl durch Differenzen in der Lokalisation des Krankheitsprozesses (z. T. vielleicht auch durch Besonderheiten seiner Propagation und Akuität). Wo-

durch allerdings die Lokalisationsbesonderheiten bei der Wirkung eines Giftes, das wir uns doch im Blut kreisend denken müssen, bedingt sein könnten, ist schwer zu sagen. Vielleicht sind Eigenheiten der individuellen Hirnanlage (Mikroorganisation) hierfür ausschlaggebend. Man weiß ja, daß dieser hochkomplizierte Zentralapparat bei dem einen in diesem, beim andern in jenem Abschnitt, Detailgebiet „funktionelle“ Schwächen (rekte größere oder geringere organische Unterwertigkeiten) besitzt. Man weiß auch, daß zirkulierende Gifte oder Allgemeinschädigungen bei verschiedenen Personen sehr verschiedene erste Angriffspunkte haben — sicherlich wegen von Haus aus bestehender qualitativer (lokaler) Organisationsdifferenzen. Die beginnende akute Alkoholintoxikation z. B. macht sich beim Einen zuerst durch Augenmuskellähmungen bemerkbar; bei einem Anderen versagt zuerst die Sprache oder ein sonstiges Projektionssystem, bei einem Dritten sind allgemeine oder lokale vasomotorische (Lähmungs-) Erscheinungen das erste Warnungssymptom usw. Gleiche individuelle Differenzen zeigen auch die Frühsymptome der akuten oder chronischen (neurasthenischen) Erschöpfung, wie wir früher schon einmal betonten. Bedenkt man noch, daß diese Initial- (und Haupt-) Erscheinungen gemeinhin zwar bei verschiedenen Individuen verschieden sind, bei der gleichen Person sich aber jedesmal (z. B. bei jeder Berausung) in gleicher Weise wieder zeigen, so wird man an ihrer tieferen, organisch-konstitutionellen Grundlage nicht mehr zweifeln.

Es sind also wohl auch die individuellen Differenzen in der katatonen Symptomengruppierung in (angeborenen) Insuffizienzen des Hirns, mindestens z. T., begründet. Nur ein Beispiel möchte ich anführen, allerdings ohne mich in dieser Richtung jetzt schon festzulegen. Ich glaube beobachtet zu haben, daß z. B. sprachlicher Zerfall bei solchen katatonischen Individuen rascher (und stärker) eintritt, die von Hause aus zu der Gegengruppe der Moteurs (im Sinne der französischen Autoren) gehören, zu den „sprachmotorisch Defekten“, glossopsychisch-insuffizient Veranlagten, wie ich sie bezeichnete, bei denen also die Gesamtheit der Sprachbewegungsbilder von Haus aus schlechter als in der Norm organisiert ist.

Möglicherweise spielen nicht nur angeborene Schwächen einzelner zerebraler Leistungen (bezw. Systeme) eine solche lokalprädisponierende Rolle in der Ausgestaltung der katatonen Symptomatologie, sondern auch erworbene. Schwächen infolge Funktionsaufbrauchs im Sinne *Edingers* kommen wohl kaum in Betracht, eher Residualdefekte nach früheren Hirnkrankheiten oder eventuell von Schädeltraumen herrührende örtliche Läsionen des feinsten oder gröberen Parenchymgefüges.

Man wird nun verstehen, was ich mit dem Hinweis meinte, daß möglicherweise die Lokalwirkung des Schädeltraumas mit der eigenartigen Bizarrerie der Schrift E.s in einem gewissen Konnex stehen könnte: sie war vielleicht prädisponierendes Moment, Hilfsursache dafür, daß sich besonders früh (s. später) und so intensiv die katatone Hirnveränderung im linken gyr. angul. einstellte. Scheint doch auch der interessante Fall *Bonhöffers* (Zentralbl. f. Neurol. 1903) zu erhärten, daß lokale Reizungen katatone Symptome in ihrem Zustandekommen sehr begünstigen können. —

Betrachten wir nun die Schriftstücke des Kranken, für welche in Fig. 1—4 charakteristische Belege, aus den Jahren 1898—1906 stammend, reproduziert sind. In formaler Beziehung sind die Schreibwerke E.s wenig auffällig. Anreden, Unterschrift usw. entsprechen der Norm, ebenso Zeilenrichtung und -abstand: die Buchstaben zeigen gleiche Größe, gleichmäßige Ausführung (wenn man von gewissen Folgen flüchtigen Schreibens absieht). Haar- und Grundstriche sind gut unterschieden.

Wenn trotzdem die Schriftstücke E.s kaum, z. T. gar nicht (er selbst las sie meist anstandslos) leserlich sind, so rührt dies weniger von der unausgeschriebenen Hand, der mangelhaften Orthographie des nur eine mäßige Schulbildung besitzenden Pat. her. Auch die völlig fehlende Bindung der Buchstaben eines Wortes, die alle ganz isoliert stehen, die fehlende Differenz zwischen Wortabständen und den Abständen der Elemente eines Wortes bedingen nur zum kleinsten Teile die Unübersichtlichkeit und Unleserlichkeit. In der Hauptsache beruht diese vielmehr auf einer in dieser Art und diesem Grade (und auch in der Zeitdauer ihres Bestehens) jedenfalls seltenen Entstellung der einzelnen

Worte durch interkalierte „s“ oder „h“ oder i-ähnliche Gebilde. Diese „Fremdkörper“ sind im Worte fast durchweg hinter Vokalen, seltener hinter Konsonanten und am Schluß angebracht, stehen meist ebenso isoliert wie die richtigen Komponenten des Wortes und machen, da sie den Schriftstücken durch ihre Zahl und ihr deutliches numerisches Überwiegen (s. bes. Fig. 1, 3, 4) etwas fremdartig Unentzifferbares geben, vornehmlich da die Expektorationen unleserlich, wo wir den Inhalt der Schriftstücke nicht wenigstens ungefähr kennen und wo, wie es besonders 1901—1902 der Fall war, wie im Gesprochenen Wortreiterationen (Anklänge an Sprachverwirrtheit) sich finden. Noch durch eine andere Eigenheit ist das Entziffern der meisten Schriftstücke erschwert, nämlich durch die vorkommende Verdoppelung der Diphthonge (namentlich wo es sich um Umlaute handelt [s. z. B. in Fig. 2]) und durch sicherlich nicht nur auf mangelnde orthographische Kenntnis zurückzuführende häufige Endkonsonantenwiederholung. Gelegentliches bizarres Ausziehen, Verlängern der Grundstriche, Verschnörkelungen, wie bei den Zahlen in Fig. 4 tragen ein weiteres dazu bei, die Elaborate E.s fast unleserlich zu gestalten.

Fig. 1 (Größe $\frac{1}{3}$:1)

Gedicht

Gedicht

Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Auf dich ein Gitter das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist

Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Auf dich ein Gitter das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist

Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Auf dich ein Gitter das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist

Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Auf dich ein Gitter das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist
 Mensch! nimm dich an das Leben Leben
 Das alle Menschen das umgeben ist

Fig. 2 (Größe $\frac{1}{6}:1$)

Diktat: „Prinz Albrecht von Preußen und Prinz Friedrich Heinrich
 sind heute Nachmittag mit Gefolge hier eingetroffen. Zum Empfang war
 am Nord-Bahnhofs anwesend der erste Sekretär der deutschen Botschaft von
 Below. ||
 Abschrift: mehrere Herren der deutschen Botschaft und der bayerische
 Geschäftsträger von der Tann-Rathsamhausen. Die Prinzen unternehmen in
 Begleitung des Legationsrats von Below eine Rundfahrt durch die Stadt und
 speisten in der Botschaft.“ (Zeitungsnote).

Fig. 3 (Größe $\frac{1}{4}:1$)

Über die einzelnen
 orstehend reproduzier-
 en Schriftstücke ist nur
 renig Spezielles zu be-
 merken. Fig. 1, aus der
 Zeit des Höhestadiums
 der Erkrankung (1898)
 latierend, entstammt
 einem auf Großoktav-
 bogen geschriebenen
 Doppelbriefe an die An-
 gehörigen, der, soweit er
 zu entziffern ist, Klagen
 über Verfolgungen, Be-
 richte über die Anstalt,
 Grüße an Bekannte ent-
 hält, nur die Unterschrift
 Fridolin E. . . ist leicht
 zu analysieren. Der in
 dieser Figur wiedergege-
 bene Brief bildet auch
 in anderer Beziehung
 einen Beleg für die bei
 der Schreibtätigkeit viel
 prononzierter als sonst
 in irgend einer psycho-
 motorischen Entäuße-
 rung zutage tretenden
 Neigung des Kranken zu

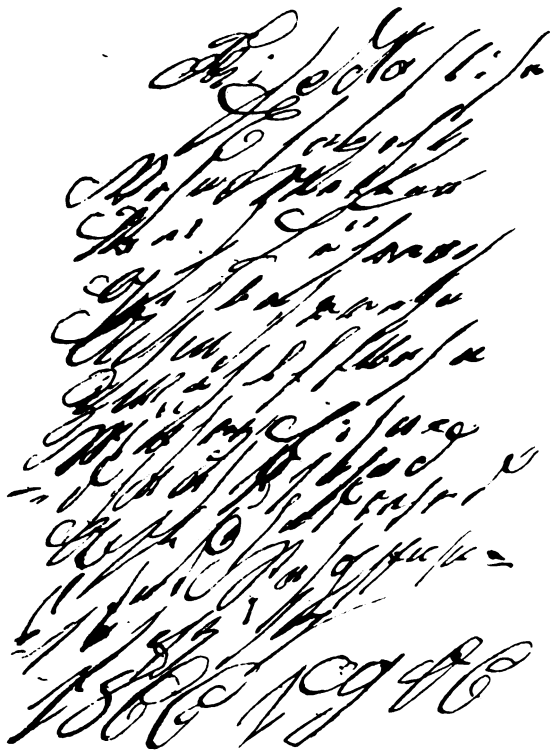


Fig. 4 (Originalgröße)

Bizarrerien. Der Bogen ist nämlich achtfach zusammengefoldet, dadurch jede Seite des Ganzbogens in 8 Abschnitte zerlegt (die Fig. 1 reproduziert den 8., letzten Abschnitt der zweiten Ganzseite) und jedes Sechzehntel des Bogens ohne Einhaltung der Reihenfolge und in stets wechselnder Richtung beschrieben.

Fig. 2 gibt links die Abschrift eines vorgeschriebenen Gedichtes. Eine nähere Betrachtung zeigt, daß die Versform (die einzelnen Zeilen) nur scheinbar in der Abschrift eingehalten sind, indem der Text der ersten Zeile des Originalen bis in die 2. der Abschrift, der der zweiten Originalzeile bis in die dritte reicht usw. (Bizarrerie?) Neben den schon im allgemeinen namhaft gemachten Eigentümlichkeiten sind hier auch gewisse (willkürliche?) Änderungen der Orthographie bemerkenswert (f statt v; t statt d usw.).

Von Fig. 3 gilt das gleiche. Sie gibt in ihrem zweiten Teil (vom Doppelstrich an) ebenfalls eine Abschrift wieder. Der erste Teil — Diktat — zeigt dieselben Eigenheiten, wie die anderen Schriftproben. Die beiden letzten Originale entstammen dem Jahre 1901.

Fig. 4, im Februar 1906 geschrieben, zeigt mehr nach rechts ansteigende Zeilen, die Buchstaben sind etwas nachlässiger ausgeführt, die Form aber ziemlich dieselbe wie früher und insbesondere die interkalierten Striche, h und s fast genau so häufig und genau so gestellt und geartet wie in den ältesten Belegen. Man kann dies kontrollieren, wenn man einzelne Worte dieses (auf Aufforderung, den Namen und Geburtstag zu schreiben prompt hergestellten Elaborates: „Fridolin E . . . l von Stetten bei Lörrach geboren am 12. März achtzehnhundertsechszundsechzig — 1866 1896“ vergleicht mit den entsprechenden der Schriften von 1898—1901.

Diese Konstanz der Schreibweise E.s ist auch in diagnostischer Beziehung nicht unwichtig. Bekanntlich kommt es bei verschiedenen Psychosen, insbesondere solchen, die zum Schwachsinn führen oder auf dem Boden bestehender Geistesschwäche sich entwickeln, zu Wahnideen des Inhaltes, daß der Kranke Chinesisch, Hebräisch, eventuell alle fremden Sprachen verstehe und sprechen könne. Willkürliche Wortneubildungen, Buchstabenkonglomerate werden dann — meist erst auf Aufforderung — als solche „Fremd“- oder „Eigen“-sprache von diesen Kranken auch niedergeschrieben. In solchen Fällen, wird man aber immer sehen, daß die Ausdrücke, die allophrasischen Namens- usw. Niederschriften in kurzer Zeit wechseln, nichts Fixiertes, Konstantes darstellen. Oft schon wenige Stunden nachher können die Kranken ihr Geschreibsel selbst nicht mehr lesen, „übersetzen“ es ganz anders als vorher.

Das gilt sogar mitunter von den eigentlichen Kryptophrasien (Kryptographien), die sich manche Kranke, insbesondere hebephrenische und paranoide Persönlichkeiten zurechtlegen, um ihre Tagebuchnotizen, Briefe usw. für Unbefugte unleserlich zu gestalten. Auch hier wird man — von vielleicht ganz seltenen Fällen chronischer Paranoia abgesehen, in welchen es eventuell zur Ausbildung einer dauernd beibehaltenen und vom Kranken mühsam zurechtgemachten und erlernten Kryptostenographie kommen kann — bald Systemwechsel, Veränderung der gewählten Wortverhüllungen beobachten, nicht selten auch alsbald ein Aufgeben der betr. Versuche konstatieren können, weil die treibenden (Wahn-)Ideen an lebendiger Kraft einbüßen, ihr Einfluß abnimmt, womit auch die kryptographischen Expektionen gewöhnlich völlig schwinden.

Auch der Kranke E . . . hat, wie in der Krankengeschichte vermerkt ist, zeitweise die Größenideen geäußert, studiert zu

en, alle fremden Sprachen zu kennen. Man mußte ihn aber, erst auf der Höhe der Erkrankung, direkt fragen, sonst produzierte er diese Idee nie, brachte sie auch nur ganz affektlos vor. Er machte nie Versuche, irgendwie in einer „Eigensprache“ – statt zu reden oder gar sein „Jerusalemisch —, Chinesisch“ – herzuschreiben. Schon daraus kann man entnehmen, daß die Katatonie mindestens acht (12?) Jahre bereits stationäre Eigenart seines Schreibens nicht eine in seinen Größenideen wurzelnde „Fremdheit“ darstellt. Ebensowenig ist sie aus sonstigen bewußten Tendenzen, etwa der, eine nur ihm selbst leserliche Geheimschrift zu haben, entstanden, oder mit dem häufigen katatonen Verbigerieren fremdartig klingenden Silben- und Buchstabenkonglomeraten (H. Hoche: die Katatonie, im Lehrb. d. Psych. v. Binswanger-Merling) vergleichbar. Er schrieb alles so, auch Briefe an Freunde und Angehörige, die er gelesen haben wollte. Für seine Schreibbizarrerie hat er so wenig Einsicht und eine Erklärung, wie andere Katatoniker sie (primär) für ihre stereotypen Bewegungen, oder wie er selbst sie für seine sprachlichen Absonderlichkeiten fand. Man mußte ihm schon etwas suggerieren, ehe er anders sagte, als: „ich weiß nicht“, oder „ich muß halt“.

All dies deutet darauf hin, daß wir es in der Schreibmanier mit einem echt katatonen Symptom zu tun haben (im Gegensatz z. B. zu der dysarthrischen Sprachstörung), wenn auch das Schädeltrauma die skizzierte Rolle als prädisponierendes Moment im Zustandekommen dieses „Herdsymptoms“ gespielt haben mag. Daß man es hier im Sinne *Kraepelins* (Lehrbuch) mit einem Herdsymptom zu tun hat, ist zweifellos. Ganz entsprechend der *Kraepelinschen* Äußerung (Lehrbuch 1903, allg. Teil, S. 308) zeigt auch in unserem Falle auf die Umschriebenheit der katatonen Schreibschädigung das Mißverhältnis hin, das, wenigstens anfangs, zwischen Sprach- und Schriftstörung bestand. Erstere fehlte hier ja fast ganz, als die Schreibmanier schon jahrelang in voller Ausbildung vorhanden war, und ist auch jetzt noch geringfügiger als diese.

Wie letztere ursprünglich sich entwickelte, ob langsam oder plötzlich, wissen wir nicht. Da keine Schriftstücke E.s aus den Jahren vor 1894 von den Angehörigen zu erlangen waren,

ist der Modus des Eintretens dieser eigenartigen Schreibweise nicht mehr aufzuklären. Ihre pathophysiologischen Bedingungen um dies noch kurz zu erwähnen, sind z. T. jedenfalls ähnlich Reizvorgänge im Rindenzentrum der Schriftbilder, wie sie auch den geringergradigen perseveratorischen Erscheinungen im gesprochenem Worte (vgl. oben) zugrunde liegen. Ein katatonisches zwangsmäßiges Auftauchen (stereotypes Wiederkehren) der optischen (motorischen?) „Nachbilder“ gewisser Lettern „s“ oder „h“ der Doppelvokale, einzelner Konsonanten oder Zahlen- (1-)ähnlichen Gebilde ist wohl die Ursache der eigenartigen Zerspaltung und Verhunzung der Worte, die, wie wir sahen, bei Ab-, Diktat- und Spontanschreiben in gleicher Weise zutage tritt. Nicht uninteressant ist, weil wohl für das örtlich elektive Einsetzen (und Fortschreiten) des katatonen Hirnprozesses sprechend, daß die Schriftfehler (vgl. besonders Fig. 2, 3, 4) nur bezüglich einiger Wortelemente (Buchstaben) dieses perseveratorische Verhalten erkennen lassen. Auch darin wird man wohl einen speziellen diagnostischen Hinweis auf die Lokalisation des Prozesses im l. gyr. angular (einem Teil desselben?) erblicken dürfen. Nur vereinzelt findet sich neben dem Buchstabenkleben auch Klebeschreiben gewisser Worte (meist nur auf wenige Wiederholungen sich beschränkend). Zu einem ausgeprägten schriftlichen Verbigerieren, wenn man nicht in den Iterativen ein „Buchstabenverbigerieren“ sehen will, kam es ebensowenig wie zu einem sprachlichen.

Man sieht, daß der durch das Nebeneinander von Residuen eines schweren Schädeltraumas (einer traumatischen Neurose) und eines schleichend verlaufenden katatonen Verblödungsprozesses ausgezeichnete Fall zu mehreren interessanten Fragen anregen konnte. Die möglichen Beziehungen beider Krankheitsprozesse zueinander, zum Trauma, die besonderen Züge des katatonen Krankheitsbildes, gewisse sich aufdrängende Fragen der Lokalisation usw. ließen eine klärende Erörterung wünschenswert erscheinen.

Das psychische Verhalten von Geisteskranken im Sterben.

Von

Dr. Walter Albrand,

Assistenzarzt an der Irrenanstalt Sachsenberg in Mecklenburg-Schwerin.

(Direktion: Obermedizinalrat Dr. Matusch.)

Bei meinen Studien über den zeitlichen Ablauf der einzelnen ~~hasen~~ der mortalen Irisbewegungen, die ich seit dem 1. September 1900 an den Patienten der Anstalt Sachsenberg vor, in ~~nd~~ nach dem Sterben unausgesetzt verfolge, und worüber ich ~~ehrfach~~ schon eingehender berichtet habe,¹⁾ kam ich der Lage ~~z~~ Sache nach häufiger dazu, das psychische Verhalten der ~~ranken~~ in den Vorstadien des Todes mehr zu beachten und in ~~nem~~ größeren Umfange zu prüfen, als ich mich ohne diesen ~~ulistischen~~ Anlaß hätte entschließen können, einen sicher dem ~~de~~ verfallenden resp. verfallenen Menschen bis in die Todes-~~unde~~ hinein zu belästigen. Da jedoch schon in den Übergangs-~~adien~~ vom Leben zum Tode eine fortlaufende Reihe von Pupillen-~~essungen~~ im einzelnen Falle unerläßlich ist, um in diesen Zeiten ~~n~~ klares Bild zu gewinnen von den Pupillenschwankungen zum ~~il~~ bereits unter Einwirkung agonaler Einflüsse, so habe ich ~~eichzeitig~~ nicht unterlassen, mich in Kürze zu informieren über ~~e~~ geistigen Funktionen der Betreffenden beim drohenden Er-~~schen~~ der körperlichen. Daß eine derartige Exploration unter

¹⁾ Das mortale Pupillenphänomen, Arch. f. Augenheilk., Bd. LI, H. 3
nd 4; ferner: das Verhalten der Pupille im Tode, Verlag von C. Marhold
alle a. S., 1906.

diesen Umständen meinerseits, wie die häufigen unvermeidlichen Pupillenbesichtigungen, unter tunlichster Schonung des Kranken stattgefunden, sowie unter Würdigung derjenigen Rücksichtnahme, welche in dem Sterbenden nicht bloß das Beobachtungsobjekt, sondern das „Material“ sieht, sondern auch in ihm das leidende Individuum nicht vergißt, ist selbstredend, und es ist die Innehaltung des wohl nirgends mehr als hier für den beobachtenden Arzt in Platze befindlichen Grundsatzes, sich in die Lage des Beobachteten hineinzuversetzen, von mir nie außer acht gelassen worden.

In bezug auf die überhaupt in Frage kommende Beobachtungszeit wäre zunächst zu bemerken, daß unter den Vorzeiten des sog. natürlichen Todes die ihm unmittelbar vorhergehende Epoche der eigentlichen Agone, des Todeskampfes sensu strictiore, charakterisiert durch die Äußerungen der Muskeltätigkeit, insbesondere durch Anstrengungen der Respirationsmuskulatur, insofern für das Studium psychischer Äußerungen kaum eine allgemeinere Bedeutung erlangen kann, als hier bei Geisteskranken, wie bei vorher sogen. Geistesgesunden unter der vorgeschrittenen Ernährungsstörung des Gehirns eine hochgradige Bewußtseinsstrübung vorzuherrschen paßt, welche nahezu in der Mehrzahl der Fälle die gleiche zu sein scheint. Die psychische Reaktionsfähigkeit ist alsdann in einem von Fall zu Fall verschiedentlich bemessenen Frist in der Regel gänzlich erloschen, wie fortschreitend gleichfalls größtenteils nervöse erlischt: die Muskulatur der Glieder usw. erschlafft, typische Facies morientis tritt auf, die Lider sind meist bei dem Sterbenden leicht geöffnet,¹⁾ nicht selten machen sich leichte Schielstellungen bemerkbar, der Unterkiefer hängt schlaff herab usw.; weiter hören die Reflexe allmählich auf, schließlich auch die der Kornea und der Bindehaut, wie die Pupillarreflexe im späteren Verlaufe der Agone sub finem usw. Das gerade vor sich gehende Schwinden der Reflexe seitens des Auges im allgemeinen und der Pupille im besonderen habe ich des genaue

¹⁾ Daher resultiert die so häufig vorkommende antemortale Xerose der Konjunktiva und Kornea im Bereiche des Lidspaltenabschnitts bei moribunden Personen im letzten Stadium; ebenso wie ante mortem stehen übrigens im und post mortem die Lider in der überwiegenden Anzahl der Fälle offen wie ich schon früher erwähnt (das mortale Pupillenphänomen).

in einer größeren Beobachtungsreihe von Sterbefällen innerhalb der Anstalt Sachsenberg feststellen können, und finden sich diese zügliche Angaben in andernorts darüber gemachten Mitteilungen; ich habe es aber absichtlich vermieden, wie ich ausdrücklich hervorheben möchte, in Parallele zu den genannten Reflexen die Dauer der klinisch meistgeprüften in anderen Körpergegenden am Gegenstande systematischer Untersuchungen zu machen (beispielsweise die des Kniephänomens analog etwa den von *Moebius* schon vor langem angestellten Vergleichen zwischen dem Verhalten der Pupille und des Kniereflexes bei alten Menschen.¹⁾ Nach meiner persönlichen, natürlich nicht maßgebenden Auffassung muß ich bekennen, daß es mir unsympathisch ist, an einem Sterbenden in ausgedehnterem Maße zu hantieren und seine Ruhe — soweit davon die Rede sein kann — zu stören durch umfangreichere Manipulationen, welche Manipulationen hingegen an dem ohne weiteres zugänglichen Auge kaum ins Gewicht fallen nach der angedeuteten Richtung hin.

Bekanntermaßen gibt es im Gegensatz zu dem oben erwähnten allgemeineren Vorkommnis des agonalen Verhaltens der Psyche sub finem jedoch auch im natürlichen Tode eine kleinere Reihe von Sterbefällen, welche unter Erhaltenbleiben des Sensoriums (des Gesichtes und namentlich des Gehörs) wenigstens in nachweislicher Aufnahmefähigkeit für gröbere Eindrücke noch annähernd bis zum Momentum mortis mehr oder weniger psychisch reagieren oder reagieren können, auch wenn man nicht zu sagen berechtigt ist, daß das Bewußtsein im einzelnen Falle völlig intakt sei. Dahin gehören unter anderen eventualiter die schneller letal verlaufenden Erkrankungen auf Grund gewisser septischer Prozesse, und beispielsweise liefern unter ihnen die von akuter Peritonitis betroffenen erfahrungsgemäß eine bedauernswerte Illustrierung zu dem allgemeiner gültigen Satze, daß ebenso wie für die Dauer, Intensität und näheren Umstände des Todeskampfes auch für die noch vorhandene Anteilnahme der Psyche die Art der tödlichen

¹⁾ Zentralbl. f. Nervenheilkunde, Nr. 15, 1883: Notiz über das Verhalten der Pupille bei alten Leuten; und *ibid.* Nr. 10, 1883: Notiz über das Verschwinden des Kniephänomens bei alten Leuten.

Erkrankung in erster Linie, hingegen die kräftige Konstitution des Individuums selbst erst an zweiter Stelle von maßgeblichem Einflusse ist. An einschlägigen Fällen habe ich unter der Gesamtsumme der von mir bisher an der Anstalt beobachteten 200 Sterbefälle einige mir besonders bemerkenswert erscheinende als zu den markantesten der letzten Gruppe gehörig sammeln können, welche usque ad mortem infolge einer der letztgenannten Todesarten in dem Grade eine psychische Unbenommenheit zeigten, daß wenigstens ein seelisches Partizipieren an der Quelle ihrer körperlichen Leiden nach Maßgabe der aus dem früheren geistigen Schiffbruch geretteten psychischen Qualitäten unverkennbar war.

In Anbetracht dessen, daß ein detailliertes Eingehen auf den psychischen Status der einzelnen in dieser Abhandlung zu erwähnenden Beobachtungen mir nicht erforderlich zu sein scheint für das, worauf es in der vorliegenden kurz gefaßten Ausführung ankommt, vermeide ich absichtlich eine Wiedergabe derselben in extenso und begnüge mich mit ihrer Darstellung in kompensiöser Form; als Beispiele der Eigenart psychischer Verfassung in der Agone eines der hier berührten Leiden mögen folgende in gedrängtester Kürze angeführten Fälle dienen:

I. Fritz B., Nr. 40 des Leichenjournals der Anstalt Sachsenberg pro 1900, 71 Jahre alt, psych. Krankheit: periodische Manie, Todesursache: sehr rapid verlaufende Perforationsperitonitis (höchste gemessene Temp. 38,2°).

II. Ludwig H., unter Nr. 6 pro 1904 im „mortalen Pupillenphänomen“ erwähnt, Perforationsperitonitis (höchste gemessene Temp. 37,7°).

III. Wilhelm O., unter Nr. 33 pro 1904 im „mortalen Pupillenphänomen“ erwähnt, Perforationsperitonitis (noch in der Agone unzugänglich, verweigerte die Temp.-Messung).

IV. Heinrich M., unter Nr. 11 pro 1905 im „Verhalten der Pupille im Tode“ erwähnt, Todesursache: Darmgangrän ex Hernia incarcerat (keine Temp.-Steigerung).

V. Karl V., Nr. 27 des Leichenjournals der Anstalt Sachsenberg pro 1902, 50 Jahre alt, psych. Krankheit: jugendliche Verblödung, Todesursache: rapid verlaufende Peritonitis universalis recens (höchste gemessene Temp. 38,1°).

VI. Johann H., Nr. 32 des Leichenjournals der Anstalt Sachsenberg pro 1902, 54 Jahre alt, psych. Krankheit: Katatonie, Todesursache: Carcinoma recti mit enormer Ektasie, Koprostase, hochgradiger venöser Stase und beginnender Gangrän des Colon descend., sowie drohender Peritonitis (keine Temp.-Steigerung).

VII. Heinrich T., Nr. 12 des Leichenjournals der Anstalt Sachsenberg pro 1902, 43 Jahre alt, psych. Krankheit: paranoide Demenz, Todesursache: allgemeine Sepsis, ausgehend von einer Phlegmone des linken Fußes (höchste gemessene Temp. 39,3° zwei Tage ante mortem).

Die vier zuerst Genannten waren unter den bekannten äußeren Erscheinungen (Fazies, Kollaps, Prostration usw.) so gut wie bis zum letzten Augenblick insoweit unbenommen und die Wirkung von schmerzstillenden Mitteln (Morphium) abgerechnet sich ihres schmerzhaften Zustandes bewußt, daß sie nicht nur auf diesbezügliche Fragen, sondern auch spontan reagierten hinsichtlich der Höhe und des Sitzes der Schmerzen. Der Grad der Apathie etwa aus Anlaß der schleunigst zum Tode führenden Affektion innerhalb der Bauchhöhle gelegener Organe dürfte für sich betrachtet bei diesen Kranken nicht stärker vorhanden gewesen sein, als bei vorher geistig Gesunden in der gleichen Lage. Daß die Beschäftigung mit dem eigenen Ich unter den zum Teil wohl sehr heftigen Schmerzen ausschließlich die Kranken beherrschte, bedeutet sicher bei derartigen alten Anstaltsinsassen, wie die vier waren, keine „Verschlechterung“ des psychischen Zustandes allgemein ausgedrückt, auch wenn dieselbe nur Schmerzempfindung und weiter nichts als diese äußern. Der Schmerz ist eben so intensiv und so erdrückend, er nimmt an sich den ganzen Rest des seelischen Seins so vollkommen in Anspruch, daß die Kranken gar nicht mehr dazu gelangen, die wahnhafte Anknüpfung für den neuen körperlichen Eindruck in alter gewohnter Weise vorzunehmen, wie es beispielsweise in weniger ernsten Situationen im Falle III früher regelmäßig stattzufinden pflegte. Und andererseits sind altruistische Regungen unter diesen Umständen um so weniger zu erwarten. Denn mehr weniger losgelöst von den Banden und Interessen der Familie sind überhaupt die Eingewohnten der Anstalt insgesamt hartgesottene Egoisten, und zwar um so ausgeprägter, je länger sie sich in der Anstalt befinden; trotz der im Einzelfalle etwa noch verbliebenen Quote von Intelligenz geht bis auf wenige Ausnahmen mit dem Verständnis für die Dinge in der Außenwelt und speziell für die Familienangelegenheiten auch die gemütliche Anteilnahme für dieselben verloren. Allerdings zeigen uns gerade die Ausnahmen hinwiederum auch, daß es nicht bloß krankhafte Motive resp. Defekte sind, welche den Geisteskranken zum Egoisten stempeln; dieselben können selbst abgesehen von der Art des psychischen Leidens auch weiterhin mitfühlende Menschen bleiben, und wie das Gefühl der Hilfs-

bedürftigkeit in eigener schwerer körperlicher Krankheit sowohl als auch bei dem sich schon fühlbar machenden Herannahen des Todes einzelne wenige aus eigenem Antriebe den Wunsch nach Anlehnung an die Familie von neuem aussprechen läßt, äußern sie sich ebenfalls teilnehmend gegenüber dem handgreiflichen Ungemach anderer in ihrer näheren Umgebung. Leider selten! Denn die öfters im Gegenteil zutage tretende Gefühllosigkeit sogar seitens besonnenerer Kranker beim Anblick der Leiden und des Sterbens von Mitkranken ist mitunter geradezu verblüffend. Selbstredend kann im allgemeinen das große Heer der Verblödeten auf dem fraglichen psychischen Gebiete bei der obwaltenden Gleichgültigkeit und gemüthlichen Stumpfheit nichts leisten, was über die oberflächlichste Notiznahme des Vorganges hinausginge, sowie im speziellen die Träger beispielsweise von derartigen Wahnideen sich mindestens indifferent verhalten, welche in der tagtäglich gleichen Umgebung, ferner in den Verwandten usw. die Schädiger der eigenen Interessen erblicken lassen. Daß dabei jeglicher Altruismus schwinden muß, ist einfach logisch, und aus der gleichen Ideenverbindung ergibt sich natürlicherweise des öfteren die weitere Konsequenz, daß der Geisteskranke eventuell beim Auftreten wirklicher körperlicher Beschwerden die Ursache dafür in dem vermeintlichen Urheber der früheren Schädigungen sieht und diesen seinen Empfindungen in gesteigertem Grade Ausdruck verleiht, solange ihm bei ungünstigem Ausgange des Leidens noch die Fähigkeit verbleibt, Eindrücke psychisch zu verarbeiten. Es ist demnach wohl aus mehr als einem Grunde verständlich, daß die dem Tode entgegengehenden Kranken der Anstalt mit nur wenig vermindertem Bewußtsein a Conto des Sterbens und bei in ihnen selbst aufdämmernder Vorahnung des baldigen Ablebens im großen und ganzen keine Gedanken äußern, die in der bedeutungsvollen Stunde des Abschieds vom Leben auch nur das mindeste Interesse bekundeten für das Schicksal der überlebenden Mitglieder der Familie, noch solche, welche als die natürlichsten vom allgemein menschlichen Standpunkte aus gerichtet wären auf die nächstliegende seelische Stütze des Familienanschlusses in der hilflosesten aller Lagen. Derlei Ideen, welche sich auf die Angehörigen beziehen, werden selbst beim

Zurücktreten der Wahnideen, bei scheinbar mehr geordneter psychischer Tätigkeit und bei einem gewissen Grade von Einsicht in die Realität der Verhältnisse relativ selten laut, sie werden von der ausschließlichen Besorgnis um den eigenen Zustand erdrückt und scheinen mir, wenn sie wirklich einmal ausgesprochen werden, doch nie im entferntesten die Eindringlichkeit und Affektbetonung zu zeigen, wie bei einem vorher Geistesgesunden, der aus einer ihn und andere bis dahin ernährenden Berufstätigkeit herausgerissen wird.

Von den oben aufgezählten Fällen drückten sich I und II (I period. Manie und II Idiotie) am klarsten und bestimmtesten aus über den Sitz der Schmerzen und das stark gestörte Allgemeinbefinden, Fall III (paranoïde Dementia) gab nur vorübergehend und weniger bestimmt und mit geringerer Bereitwilligkeit Auskunft entsprechend seinem auch in der Agone wenig geänderten unzugänglichen Verhalten, während Fall IV (jugendliche Verblödung und hochgradiger Dementia als Fall III), aus seiner Indolenz aufgerüttelt und unaufhörlich jammernd, trotzdem in konfuser Weise bald behauptete, er habe keinerlei Schmerzen, bald auf Befragen äußerte, er habe nicht nur im Leibe, sondern auch überall im Körper die heftigsten Schmerzen. Fall V, zwar gleichfalls hochgradig Dementia, fungierte doch noch bis wenige Tage vor dem Tode als Handlanger bei Maurerarbeiten; an diesem Kranken verriet in seiner kurzen Leidenszeit nichts die Schmerzen, er blieb mutazistisch wie früher und zeigte bis zum letzten Moment den gleichen maskenartigen Gesichtsausdruck, dem sich nur zum Schluß ohne jegliche Spur der Mimik des Schmerzes der faziesartige, verfallene Charakter beimeschte. Nicht minder getreu seinem maschinen- und automatenhaften Wesen bis zum letzten Atemzuge verblieb der Fall VI, der bei etwa gleichem Verblödungsgrade, wie ihn der vorhergehende Fall aufwies, spontan keine Schmerzempfindung äußerte, weder in Blick, Miene oder Gebärden noch in Worten, sondern nur beim Ansprechen unter stets gleichbleibenden gleichgültigen Gesichtszügen mit einem kargen „ja“ die Anwesenheit von Schmerzen zugab. Anders und wechselnd im Sterben verhielt sich der Fall VII (paranoïde Dementia), der schon eine Reihe von Jahren innerhalb der Anstalt zugebracht wie auch die übrigen aufgezählten Patienten (I—VI). Unter der Einwirkung der foudroyanten allgemeinen Sepsis gesellten sich zu den stets sehr lebhaft geäußerten Beinträchtigungen des Typus eines unnahbaren und ungeselligen Dement-Verrückten zeigenden Kranken auf der Höhe der Fieberbewegung noch die Äußerungen des Fieberdeliriums hinzu, wo derselbe unter laut brüllender Stimme das Evangelium seines „leibhaftigen Gottseins“ verkündete; damit, daß äußerlich wie inhaltlich seine wahnhaften Produktionen eine Steigerung erfuhren, wäre korrespondierend dem trostlosen körperlichen Zustande des ungebärdigen und jeglicher rationeller Behandlung widerstrebenden, stark

fiebernden Kranken unter dem Einfluß septischer Gifte eine entschiedene psychische Verschlechterung zu verzeichnen in einem Stadium, wo der Zeitpunkt des unvermeidlichen Exitus mit Sicherheit abzusehen war. Der wahnhafte und gereizte Zustand hielt jedoch nicht bis zum Eintreten der Todesstunde an, vielmehr wurde der Kranke ziemlich plötzlich zugänglicher mit dem Näherrücken des Todes, die gereizte Stimmung verließ ihn, und eine mildere als je zuvor bemächtigte sich seiner; er gab zwar jetzt noch ebenso wenig wie früher das Verlangen zu erkennen, die Angehörigen zu sehen, bat aber aus eigenem Antriebe um die ständige Anwesenheit eines Pflegers, die er vorher perhorresziert. Dies völlige Umschlagen in ein gegensätzliches Verhalten beruht zweifelsohne doch wohl darauf, daß das Gefühl der gänzlichen Unmacht und Hilfsbedürftigkeit mächtiger wird als die aus der wahren Verdeutung der Urheberschaft wirklicher und vermeintlicher Leiden erwachsende Stimmung; das Gefühl der Hinfälligkeit, der Angst, wenn auch nicht klar bewußt, wird stärker als die Gehässigkeit, die tief eingemietete Verbitterung und der jahrelang genährte Groll. Die auf den letzteren Emotionen beruhende eigenartige Färbung des ganzen psychischen Krankheitsbildes schuf den geeigneten Boden, wo die intensivere Wirkung der das Fieber bedingenden Faktoren (Überschwemmung des Körpers und Gehirns mit Giftstoffen) verbunden mit einer erheblicheren Temperaturerhöhung als in den Fällen I—VI das ihrige dazu beitrug, daß das rabiate Wesen des Kranken kurz vor dem antemortalen Stimmungswechsel seinen Kulminationspunkt erreichte und einen geradezu explosionsartigen Charakter annahm.

In denjenigen weiteren Fällen, in denen gleichfalls das Bewußtsein bis zum Todeseintritt annähernd in dem früheren Umfange fortbestehen kann und zwar nach und trotz einer gleichmäßig bis zum Tode zunehmenden Kachexie, wie etwa im Falle VI (ohne Temperatursteigerung), braucht auch zuweilen das sonstige psychische Verhalten der sterbenden Geisteskranken keine nennenswerte Einbuße darzubieten in der dem plötzlich ohne eigentliche Agone erfolgenden Tode unmittelbar vorausgehenden Zeit; unter meiner Beobachtungsreihe befinden sich mehrere Kranke, die bei fortgeschrittenstem körperlichen Verfall in psychischer Beziehung unvermittelt dem Tode anheimfielen.

So z. B. war die unter Nr. 21 pro 1905 im „Verhalten der Pupille im Tode“ aufgeführte Kranke (VIII. Doris L., senile Demenz, Todesursache: Carcinoma ventriculi) noch eine Viertelstunde ante mortem weder in höherem Grade dement noch mehr benommen als in früheren Zeiten, und erging sich im Stadium der höchsten Erschöpfung mit schnell sich anschließendem Todeseintritt in unverändert monotoner Weise in den gleichen schwachsinnigen Deutungen der tatsächlich vorhandenen Magenbeschwerden; in ähnlicher Art brachte ein im Jahre 1901 hierselbst verstorbener Patient (IX. Johann G.

59 Jahre alt, Nr. 3 des Leichenjournals hiesiger Anstalt, paranoide Demenz, Todesursache: Carcinom. oesophagi exulcerans mit enormer Blutung in den Magen aus der arriodierten Aorta descendens) eigentlich bis zu den letzten Augenblicken seine Beeinträchtigungsideen und Querelen vor unter scheinbarer Wahrung des gleichen Restes von emotiver Erregung, welche trotz der denkbar größten körperlichen Entkräftung nicht hinter der früher zur Schau getragenen zurücktrat, wie sie andererseits keine Steigerung in diesem Schwächezustande bemerken ließ.

Abweichend von den genannten beiden Fällen, wo die Wahnideen inhaltlich auf der alten Stufe stehen blieben, lockern sich in anderen, in denen ebenfalls ein sehr langsam vor sich gehendes Absterben stattfindet, allmählich die anfänglich eher noch den Schein des Reellen tragenden Bande immer mehr und mehr, und werden mit fortschreitendem Siechtum des Körpers die Deutungen der Eindrücke und die Ideenverbindungen immer abenteuerlicher, absurder, unmöglicher, kurz schwachsinniger, bis die antemortale Benommenheit der Tätigkeit des Sensoriums und jeglicher Gedankenarbeit ein Ziel setzt. Denn in der bei weitem größeren Mehrzahl aller Beobachtungen führt ein in der Regel nach Stunden zu bemessendes Stadium mit völligem Darniederliegen aller psychischer Funktionen und parallel gehend dem rapider einsetzenden körperlichen Verfall hinüber zum Lebensschluß. In den agonalen Zeiten, welche dem Coma vorhergehen, sowie in den präagonalen, welche schon zweifelloso Vorboten des in Kürze herannahenden Endes darbieten, ist schlechterdings bei vollständig verblödeten Geisteskranken psychischerseits wenig oder nichts zu vermuten, was irgendwie eine erwähnenswerte Änderung bedeutete ad bonum oder ad malum. Bei dem Gros der Pflegeabteilungen, deren Insassen sich zumeist aus psychisch völlig stagnierenden Endzuständen zusammensetzen, muß wohl die eine oder andere agitiertere Blödsinnsform beim Schwinden der rohen Kraft ein äußerlich ruhigeres Aussehen gewinnen und den apathischen Formen ähnlicher werden, im übrigen aber besteht in der Sterbezeit dieselbe psychische Tabula rasa wie im Leben, den Zustand des „Lebens“ ausdrücklich und unterschiedlich vermerkt gegenüber dem präagonalen und agonalen, wie ich dies schon in manch anderer Beziehung z. B. rücksichtlich des Ganges der gleichzeitigen Pupillenbewegungen für zweckmäßig erachte. Da die Anstalt

Sachsenberg jedoch neben den Bewahrabteilungen eine Aufnahme-station für frisch erkrankte Fälle besitzt, so findet sich unter den pro Anno zum Sterben kommenden Patienten immerhin noch eine relativ größere Anzahl von geeigneten Fällen, wo ein mehr weniger erheblicher Grad psychischer Betätigung sich noch zu den sub signo moriendi stehenden Zeiten möglicherweise Geltung verschaffen kann. Im großen und ganzen habe ich bei den häufigen Besuchen Sterbender, soweit dieselben nach der einen oder der andern Richtung hin eine seelische Reaktion für den Beobachter zur Kenntnis brachten, den Eindruck erhalten, daß kein wesentlicher Unterschied zu verzeichnen ist zwischen letzteren und sonstig schwerkranken Irren auf der Höhe der Erkrankung, welche zunächst nicht zum Tode führt oder gar in körperliche Genesung übergehen kann. In einigen sehr wenigen Beobachtungen der letztgenannten Kategorie habe auch ich die eine oder andere Veränderung im psychischen Gesamtbilde wahrnehmen können, die selbst einer streng objektiven und kritischen Würdigung als Besserung in dem ganzen bisherigen Verlaufe imponieren mußte: allerdings nehmen alle derartigen Zustandsänderungen nach allem, was ich gesehen habe, durchaus eine Ausnahmestellung ein, ferner bleiben sie nicht haften, wenn wirklich vorhanden, sondern verschwinden alsbald nach flüchtigem Bestande hinwiederum von der Bildfläche. Jedenfalls möchte ich, was speziell den etwaigen Einfluß akuter oder chronischer fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen anlangt, nach meinen Wahrnehmungen auf keinen Fall bezüglich daraus zu ziehender praktischer Konsequenzen einer therapeutischen Nutzenanwendung denjenigen Enthusiasmus teilen, wie ihn schon früher *Wagner* (Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. VII. 1887) und neuerdings *A. Pilcz* (ebenda, Bd. XXV, 1905) bekundet. Letztere Autoren glauben bekanntlich auf Grund vereinzelter Fälle vermeintlicher sehr günstiger Beeinflussungen der Psychose durch den fieberhaften Prozeß die Frage bejahen zu müssen, „die künstliche Erzeugung einer fieberhaften Krankheit zu einem therapeutischen Agens zu machen“ (Erysipelimpfung, Tuberkulininjektionen). Das wenn auch selten Zutreffende der Relationen somatischer interkurrenter Leiden zu der Psyche in günstigem Sinne, welches diesen Erwägungen zugrunde liegt, ist nicht zu bestreiten und

wird übrigens wohl keinem entgehen, der längere Zeit hindurch in größeres Material von Geisteskranken beobachtet hat, welche trotz des Anstaltsschutzes doch wohl mehr als andere Menschen in gleichem Lebensalter gelegentlich von einer Reihe mit Fieber einhergehender Erkrankungen betroffen werden. *Kraepelin* als einer der am meisten tonangebende und berufenste in allen Fragen moderner klinischer Psychiatrie sagt betreffs des in Frage stehenden Einflusses fieberhafter Krankheiten (namentlich Typhus, Erysipel, akute Exantheme, Intermittens, Eiterungen usw.) einmal, daß während oder nach derselben in einer kleinen Zahl von Fällen „psychische Genesung“ zur Beobachtung gekommen ist und zwar nicht nur in relativ frischeren Fällen, sondern bisweilen auch in solchen von längerer Dauer oder gar in anscheinend aussichtslosen Fällen; und weiter sagt derselbe Autor, daß selbst bei längst verblödeten Kranken hier und da in den genannten fieberhaften Affektionen (Infektionsfieber) die Wahnideen zurücktreten können, und eine unerwartete geistige Begsamkeit Platz greift, hier allerdings nur für kurze Zeit. Dem zweiten Satz der Ausführungen *Kraepelins* stimme ich unumwunden zu, ohne mich aber zu dem optimistischen Standpunkt der beiden Wiener Autoren aufschwingen zu können; dem ersten Satz gegenüber vermag ich einen gewissen Skeptizismus nicht zu unterdrücken, namentlich wenn in Hinsicht auf die Bezeichnung „Genesung“ überhaupt rigoros verfahren wird. Es ist ja lediglich Ansichtssache, ob der Zustand eines geistig Erkrankten am Entlassungstermine aus der Anstalt, wenn er an sich im einzelnen Falle durchaus den Gebrauch der Bezeichnung „Heilung“ rechtfertigen dürfte, schon für maßgeblich zu erachten sei, um die erfolgte Heilung auszusprechen, oder ob erst ein Intaktbleiben des betr. Kranken unter den alten, den Prüfstein für das sich geistig gesund Erhalten abgebenden Verhältnissen nach der Entlassung die Garantie für die wirkliche Heilung zu liefern habe. Zunächst müßte streng genommen doch wohl jede Heilung immer nur als eine provisorische anzusehen sein in Anbetracht der notorischen Häufigkeit von Rückfällen aller psychischen Erkrankungen, und wäre von einer definitiven erst dann zu sprechen, wenn eine einigermaßen zuverlässige Katamnese, über eine gewisse Zeit ausgedehnt, eine sicherere Grundlage bietet

für die Beurteilung der Festigung des geistigen Zustandes im Drange alles dessen, was das Leben in der Außenwelt mit sich bringt. Indem ich diesen Punkt berühre und einige Bedenken äußere, fällt es mir jedoch nicht bei, etwa den Modus nicht anzuerkennen, Kranke beim Ausscheiden aus der Anstalt bereits als „geheilt“ zu entlassen, da nicht bloß theoretische Erwägungen zu berücksichtigen sind, sondern sehr oft praktische Fragen die Anwendung dieses Modus empfehlenswert erscheinen lassen können und vor allem, da es bei der Interesselosigkeit des Publikums sowohl wie bei der Neigung desselben, alles das zu ignorieren, was eine Rückerinnerung an die Anstaltsepisode mit sich bringt, doch von vornherein ziemlich aussichtslos erscheinen dürfte, auch nur in einer sehr beschränkten Anzahl der entlassenen Patienten später genauere Daten zu erhalten.

Es würde hier zu weit führen, auf rein theoretische Erörterungen über das Wie? hinsichtlich der salutären Seiten des Fiebers einzugehen (vgl. *Wagner*, a. a. O. S. 118), wobei auch die Frage berücksichtigt zu werden verlangt, ob die dem Fieber die Signatur verleihende Temperatursteigerung an und für sich von irgendwelcher Bedeutung werden kann, sobald es sich nicht um das eigentliche „Infektionsfieber“ handelt. Bezüglich des letzteren liegt es ja sehr nahe, eine Parallele zwischen der körperlichen und psychischen Rückwirkung zu ziehen etwa im Sinne der modernen Immunitätslehre, und die Idee, die *Ehrlichsche* Toxinlehre auch auf die Vorgänge in der Psychopathologie versuchsweise zu übertragen (*Alter-Leubus*), erscheint mir vom rein theoretischen Standpunkte aus unanfechtbar, sie drängt sich sogar jedem streng naturwissenschaftlich denkenden Psychiater auf, und nach ihr wäre ganz abgesehen vom Fieber in bestimmten Fällen zukünftig vielleicht die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, bei den auf einer Infektion beruhenden Prozessen die Stoffe (Toxine) zu eliminieren, welche neben den körperlichen zugleich die seelischen Störungen bedingen. Möglicherweise könnte z. B. bei den auf Lues direkt oder indirekt beruhenden Störungen des Zentralnervensystems ein nach dem Kennenlernen der Syphiliserreger schließlich wohl nicht ausbleibendes Serum eine bessere und dauernde Heilung gewähren als die medikamentöse Therapie, welche bei der zurzeit wohl allgemein als „metasyphilitischer“ Vergiftung aufgefaßten Paralyse nicht nur nichts leistet, sondern sogar eher verderblich werden kann. Aber die theoretischen Erwägungen sind praktisch noch lange nicht spruchreif, weil wir noch nicht über Vermutungen hinausgekommen sind, und das wenige, was wir zu wissen glauben, über etwaige Noxen bakterieller Art oder deren Folgen: gestörten Stoffwechsel mit Produktion resp. gehinderter Exkretion und Retention nicht näher gekannter Gifte („toxischer Substanzen“), als ursächliche Quelle der

idigungen für die Gehirnsubstanz, doch so verschwindend gering ist, daß für meine Person unbedenklich noch von allen praktischen Versuchen abgesehen absteht würde. Außerdem wissen wir ja auch gar nicht, was von Befunden veränderten Stoffwechsels als Ursache der nervösen und geistigen Störungen und was denkbarerweise als Folgeerscheinung der letzteren aufzufassen ist; eine verfrühte Versuchsfreudigkeit bedeutet in meinen Augen der Hand mindestens eine unnütze Quälerei für das menschliche Versuchsobjekt, und es wäre meines Erachtens erst dann gestattet, von berufener Seite aus mit praktischen Versuchen an den Menschen heranzugehen, wenn wir auf Grund von Tiersversuchen, eine theoretisch mehr gesicherte Basis zu gewinnen auf Grund der bisherigen Tierexperimente.

Wesentlich anders und noch viel nebelhafter scheint mir die Sache zu liegen bei der Einwirkung einer beliebigen akuten Infektionskrankheit auf eine schon vorher kranke Psyche, deren Entstehung mit infektiösen Ursachen nachweislich nichts zu tun hat. Ein Theoretisieren darüber ist gewiß sehr förderlich auch für die Gewinnung weiterer Anhaltspunkte, welche sich später bei einer nur einiger Klärung vielleicht praktisch verwerten lassen, auch wenn wir vorläufig positiv kaum mehr zu leisten imstande sind, als die Registrierung einschlägiger exakter Beobachtungen vorzunehmen. So haben uns verschiedene, in früheren Jahren hier in Gießen beobachtete Typhusepidemien in größeren Dimensionen (1901), sowie in geringerer Ausdehnung (1903) und einzelne sporadische Fälle vorhergehender Jahrgänge unter anderem die Möglichkeit geboten, über die angeregte Frage Studien anstellen zu können und unsererseits einen bescheidenen Beitrag zu liefern. Die Erfahrung der beiden letzten Jahre lehrt (1904 und 1905), scheint übrigens der Typhus nach der berechtigten Hoffnung endlich aus der Anstalt verbannt zu sein dank der Mühewaltung unserer Direktion, die sanitären Vorrichtungen der Anstalt in der Richtung einer als einer Hinsicht durchgreifend zu verbessern. Im Verlaufe derjenigen Typhusfälle, die ich während meines Hierseins durch alle Stadien verfolgen konnte, ist mir eigentlich so gut wie nichts begegnet, was die Auffassung von einem günstigen Einfluß des Typhus, ob schwererer oder leichter Art, auf den Geisteszustand der betroffenen verschiedenen Geisteskranken gestützt hätte; nur in einem der von mir beobachteten Fälle konnte ich von in bemerkenswerter Weise die Rede sein:

X. Wilhelm T., 1876 geb., Januar 1900 aufgenommen, Katatonie, erkrankte

(Oktober bis November 1903 am Typhus mittelschwerer Art (höchste gemessene Temperatur 39,4°.) Zur Zeit des Fastigiums und in der Deferveszenz war der Patient entschieden ruhiger, geordneter und klarer als in der ganzen früheren Beobachtungszeit, aber schon in der Periode der Rekonvaleszenz wurde er unter dem sich von neuem geltend machenden Einfluß der früheren Halluzinationen der Alte, verworren, abschweifend und lärmend.

Die vorübergehende Besserung des hier in Kürze wiedergegebenen Falles glaube ich, gleichwie teilweise in ähnlichen vorliegenden Beobachtungen, kaum höher veranschlagen zu dürfen als eine scheinbare, da begreiflicherweise die Kranken durch die mit dem Fieber usw. verknüpften körperlichen Beschwerden psychisch in dem Grade kaptiviert resp. abgelenkt werden können, daß sowohl die Sinnestäuschungen zeitweilig nicht in der alten Lebhaftigkeit empfunden und eher übersehen werden, und daß ferner in der sich stark fühlbar machenden körperlichen Bedrängnis der Kreis der vorher ausschließlich den Kranken beschäftigenden Wahnideen sich öffnet, und mehr der Wirklichkeit Rechnung tragenden Erwägungen und Befürchtungen Raum gegeben wird dem gegenüber vielleicht nur die gewohnheitsmäßige Tendenz zurücktritt, das augenblicklich Erfahrene ohne weiteres in der üblichen Weise ursächlich zu verkennen und umzudeuten, während tiefer eingewurzelte Wahnideen selbst wohl schwerlich in zeitweilige Vergessenheit von irgendwelcher Dauer geraten. Das stark gestörte Allgemeinbefinden kann so dringlich mahnend werden, daß der aufgerüttelte Kranke nicht nur aus eigener Initiative Linderung nachsucht und ärztliche Hilfe beansprucht, sondern auch seinen körperlichen Zustand und dessen mögliche Folgen mehr im Sinne einer nicht krankhaft abirrenden Ideenverbindung aufzufassen beginnt, welche zurückgreifend auf die Reminiszenz gesunder Tage dort Tröstung und Unterstützung zu suchen zu erkennen gibt, wo sie sie früher erfahren d. h. von seiten der Angehörigen. Hierbei kommt es allerdings wohl ganz und gar auf den einzelnen Fall und dessen nähere Umstände in jeder Hinsicht an, in wie weit die Kranken sich in schwerer körperlicher Plage zu besinnen vermögen auf dieses mächtigste aller den Menschen ans Leben und an die Gesellschaft fesselnden Bindeglieder; ein tiefergehendes Bedürfnis nach dem länger oder kürzer entbehrten Familienanschluß wird jedenfalls nicht allzu häufig angetroffen, und noch

iel seltener scheinen bei den Kranken Gedanken aufzutauchen, welche ein weitergehendes Interesse für die Familie bekunden, welche zugleich neben der passiven Rolle der Empfangenden auch das Verlangen nach der aktiven des Gebenden äußern. Nur in wenigen Fällen habe ich das, was ich klinisch und psychologisch für sehr bemerkenswert halte, am Kranken- oder Sterbebette unserer Anstaltsinsassen erlebt, daß nämlich die betreffenden gerade in Rücksicht darauf dem Wunsche nach körperlicher Jenesung Ausdruck verliehen, wiederum nutzbringende Helfer der hren werden zu können, oder im Falle der Vorahnung eines nicht abzuwendenden Ausgangs das scheinbar tiefer empfundene Bedauern über den an ihr mutmaßliches Schicksal geknüpften materiellen Ausfall aussprachen. Solcher und ähnlicher Äußerungen wird andererseits ohne die Einwirkung von körperlicher Krankheit oder des Sterbens bisweilen und dann zumeist in nur oberflächlicher, affektverminderter Weise seitens einzelner Kranker Erwähnung getan, wo in Anbetracht der sonst zur Schau getragenen Stumpfheit und Gemütslosigkeit diese plötzlichen Regungen um so überraschender wirken: immerhin sind diese öfters den Eindruck des rein Mechanischen machenden Produktionen, ebenso schnell versinkend, wie sie gekommen sind, doch ein Beweis dafür, daß in der Psyche eines anscheinend ohne jegliches Interesse automatenhaft dahinlebenden Patienten manches von unserer Schulweisheit nicht Erwartetes noch aufgeführt und lebendig werden kann aus nicht näher erklärbaren Anlässen, welche jedoch mit Krankheit und Tod nichts zu tun haben. Hieraus ergibt sich schon die Mahnung, kein allzu großes Gewicht auf den psychisch bessernden Einfluß interkurrent auftretender Leiden zu legen und ihre mehr als problematisch erscheinende Heilwirkung bezüglich der geistigen Störung nicht zu überschätzen. Und ferner sehen wir im Gegensatz zu der verschwindend geringen Minderzahl von Fällen, bei denen in körperlichen Leiden die Seelentätigkeit in gesündere Bahnen einlenkt, in der überwiegend größeren Reihe der unter etwa den gleichen Verhältnissen stehenden Fälle dieses Anklingens im Gedankenzusammenhange an gesündere Ideen entweder gar nicht, oder im Gegenteil bei dem numerisch größtenteils der Dementia praecox zugehörigen Material, daß das Hinzutreten von

körperlichen Krankheitszeichen nur eine neue Quelle sich wahnfortspinnender Verdeutungen wird, wenn überhaupt noch so Intelligenz vorhanden, eine assoziative Verarbeitung neu genommener Eindrücke stattfinden zu lassen, und, fügen hinzu, wenn letztere auch wirklich mitgeteilt wird. Denn darüber muß man sich klar sein, daß manch ein Patient gerade aus der vorher genannten Gruppe mit den bekannten Symptomen blödsinniger erscheint, als er in Wirklichkeit sein mag, und er mit dem ihm verbliebenen psychischen Restanteil sich vielleicht tatsächlich doch noch mehr zu rühren vermag, als es den Anschein hat, wenn er durch ein plötzlich einsetzendes, ungewohntes heftiges körperliches Ungemach zugleich psychisch einen neuen Stoß erleidet. Zumeist bemerkt man bei fieberhaften Krankheiten wie bei nicht fieberhaften eine individuelle Auslegung schlechten Allgemeinbefindens usw. in dem alten ausgefahrenen Geleise und unter Umständen mit jähem Ansteigen der geistlichen Erregungswelle, ohne daß man meines Dafürhaltens den Grund für die Annahme einer „Verschlechterung“ des geistlichen Zustandes finden darf; denn es dürfte wohl bei den eventuell steigerten Affektäußerungen in Sprache, Haltung und Geberde solcher Kranken eine quälenden Symptomen adäquate, stärk gemüthliche Betonung kein Wunder nehmen entsprechend dem, was noch im gemüthlichen Leben verfügbar ist. Auf der anderen Seite wäre natürlicherweise etwa bei einem völlig Blödsinnigen mit trübsartigen Erregungszuständen dann nicht von „Besserung“ zu sprechen wenn er unter der Einwirkung z. B. eines ihn packenden hohen Fiebers an der Manifestierung seines früheren Bewegungsdranges gehindert wird.

Wenn wir bedenken, daß der von der Infektion nicht trennende fieberhafte Symptomenkomplex in seinen schweren Formen eine Schädlichkeit bedeutet, die an sich genügt, die vitalen Funktionen der Hirnrinde zu stören und eine Psychose hervorzurufen und zwar nicht bloß eine flüchtige, wie die häufigsten Fieberdelirien usw. — von einer das Fieber bedingenden speziellen Infektionskrankheit, von den bekannten schwersten Störungen des Nervensystems gerade im Adominaltyphus hier ganz abzusehen, denn es kommen Psychosen nach allen Infektionskrankheiten

oder möglicherweise zum Ausbruch —, so erscheint es mir a priori viel plausibler, an eine Heilwirkung des Fiebers nach psychischen Richtung hin keine Erwartungen zu knüpfen; mehr wirkt als eine der Noxen, welche unter den allgemeinen Ursachen der Psychosen und der psychischen Störungen nach dem Stande unseres heutigentags noch außerordentlich mangelhaften Wissens von der Ätiologie der Geisteskrankheiten aufgeführt zu werden pflegen, das Fieber, die Infektion beim Fortbestehen der psychischen Krankheit von neuem schädigend auf dieselbe ein, und so addiert sich gewissermaßen einem schon früher der Psyche gesetzten Schläge ein neuer, eventuell im Wesen gleicher, wenn auch dem Grade nach verschiedenartig ausfallender Schlag hinzu.

Daran scheint mir nichts durch die Auffassung geändert zu werden, daß das Fieber an sich kein deletärer Vorgang ist, sondern als Reaktionserscheinung des lebenden Organismus auf die Infektion die Anbahnung eines Heilungsprozesses in sich faßt; die Stoffwechselveränderungen in dem nur als Folge dieser Änderungen, als Indikator (v. Behring) derselben anzusehenden Fieber bilden nach den erbrachten Aufschlüssen moderner Forschung gerade ein Faktor, durch den die Selbstheilung vor sich geht, indem das Gift, die Toxine, die Bildung des Gegengiftes, der Antitoxine, anregt und weiterhin zu einem gewissen Überschusse fördert. Das segensreiche Bleibsel des chemisch-physiologischen Prozesses ist die Immunität des Körpers, also auch der Hirnrinde gegenüber den Infektionen gleicher Art und deren etwaigen Konsequenzen, aber außer diesem Schutze, den die Psyche aus einer überwundenen Infektionskrankheit in ihrem anatomischen Substrat gegen eine neue bestimmte Invasion erfahren kann, findet sich nichts, was ihr eine größere Festigkeit zu verleihen imstande wäre in Hinblick auf ähnliche oder andersartige Invasionen, letzteren gegenüber kann sie sogar weniger resistent bleiben als anscheinend vollkommener Restitutio ad integrum des übrigen Körpers, es kann der leicht und glücklich seitens des Körpers überwundenen Infektion eine dauernde „funktionelle“ Störung derselben auf dem Fuße nachgehen. Danach ließe es sich zurzeit, wo wir über die den sog. funktionellen Psychosen zugrunde liegenden chemisch-physikalischen Veränderungen des Hirns so gut wie gar nichts wissen, von faßbaren anatomischen Veränderungen der Rindenzellen ganz zu schweigen, wohl in keiner Weise ermöglichen, auch nur ein im entferntesten zutreffendes Bild von dem eigentlichen Wesen der psychisch bessernden Wirkung fieberhafter Erkrankungen zu machen, und selbst ein häufigeres Vorkommen derartiger Besserungen interkurrenter therapeutischen somatischen Leiden nachzuweisen, vermag ich in Anbetracht der noch herrschenden Unklarheit um so weniger die Berechtigung von therapeutischen fiebererzeugenden Maßnahmen anzuerkennen, als wir die Wirkung

der betreffenden Mittel — einmal appliziert — hernach in keinem Falle mit Sicherheit in der Hand haben. Wenn sie verderblich ausfällt, ist **alsdann** die Bekanntgebung derselben zur Warnung anderer zu erwarten, wie diejenige nach vermeintlicher gegenteiliger Wirkung mit dem Zwecke der Aufmunterung zu Nachprüfungen?

Was speziell die Erscheinungen der Epilepsie anbetrifft, sowohl die temporären psychisch-nervösen Störungen derselben, kurz gesagt alles Anfallartige, als auch die dauernd bestehende Charakteranomalie usw. und ihre etwaige Beeinflussung durch eine dazwischentretende fieberhafte Erkrankung, so ist auch von unserer Seite nicht in Abrede zu stellen, daß in einer Reihe von Fällen dem Beobachter bald mehr bald minder deutlich sich bemerkbar machende Beziehungen begegnen, welche zwischen den durch das Fieber bedingten körperlichen und den neuro-psychotischen Vorgängen stattfinden. In der Literatur finden sich sogar Mitteilungen, welche über Beobachtungen berichten, in denen nach durchgemachten körperlichen Erkrankungen der mehrfach erwähnten Art ein daran sich anschließendes dauerndes Fortbleiben der epileptischen Anfälle konstatiert wurde (*Wagner* [a. a. O.] erwähnt z. B. einen Fall, wo nach Intermittens die epileptischen Anfälle fortblieben). Eine derartige Dauerheilung eines Epileptikers, wenigstens von seinen Anfällen, habe ich zwar als Folgeerscheinung eines fieberhaften Prozesses nicht gesehen, wohl aber kann auch ich unter anderem eine besonders eklatante kasuistische Bereicherung liefern, wo innerhalb zweier fieberhafter Perioden sich keine Anfälle zeigten.

Der Fall betrifft einen zurzeit noch in der Anstalt lebenden, weiblichen epileptischen Pflegling, der an recht häufigen epileptischen Anfällen leidet, sofort aber davon frei wurde in den Zeiten eines die Kranke befallenden Erysipels: XI. Martha K., geb. 1877, aufgenommen Dezember 1897, epileptische Demenz mit häufigen typischen Anfällen schwererer Art ohne sonstig Bemerkenswertes. Die Anfälle wurden plötzlich und drei Wochen lang sistiert (vom 15. Dezember 1900 bis 6. Januar 1901), als Patientin von einem Erysipel des linken Beines betroffen ward (höchste gemessene Temperatur 39,6°). Und desgleichen wurden die in alter Fülle und Art nach der Deferveszenz wiederum eingetretenen Anfälle in einem zum zweitenmal durchgemachten Erysipel vier Wochen lang (Mai 1904) sistiert, in welcher Zeit die Patientin an einem, im Gesicht beginnenden, auf Hals, Brust und Rücken hinüberwandernden und schließlich zu einem kleinen Dekubitus führenden Erysipel schwerkrank daniederlag (höchste gemessene Temperatur 40,3°). Danach Auftreten der Anfälle wie früher. Während des Pausierens der Anfälle im

ieber zeigte sich die Kranke wohl zeitweise etwas mehr widerstrebend, als sie sonst zu sein pflegte;¹⁾ im übrigen aber gab die Demenz während des Erysipels keine Abweichungen zu erkennen.

Den Beobachtungen, wie dieser letzteren, wo eine mit hohem Fieber verbundene Infektion urplötzlich mit einem Schlage die Reihe der mit einer gewissen Regelmäßigkeit auftretenden Anfälle unterbricht und, solange der febrile Prozeß anherrscht, in unweidertiger Weise zum befreienden Anlaß der Anfälle wird, jedoch eine irgendwie nach dem Erlöschen des Prozesses anhaltendere, günstige Nachwirkung vermissen läßt, stehen als zweifellos doch häufigere diejenigen gegenüber, wo nicht nur die Anfälle dauernd ausbleiben aus andersartigen Ursachen, als Folge der medikamentösen Behandlung, zum Teil auch aus nicht nachweislichen Gründen allmählich versiegen, sondern wo außerdem auch noch eine von Bestand bleibende Charakteränderung der Kranken zum Guten an die Stelle der früheren labilen Stimmung tritt.

An Fällen der letzteren Art, wo die Anfälle in mittleren Lebensjahren völlig schwanden und auch bis dahin nicht wiederkehrten, möchte ich unter unserem Bestande an Epileptikern besonders zwei hervorheben: in dem einen Falle lockerte sich die Kette der Anfälle nach und nach unter allmählicher Stabilisierung einer gleichmäßigen Gemütslage und mit folgender ununterbrochener Betätigung der intellektuellen Fähigkeiten in geordneter Arbeit: XII. Carl R., geb. 1857, aufgenommen Februar 1877, litt seit dem sechsten Lebensjahre an häufigen epileptischen Anfällen, welche in den Jahren 1895 bis 1897 immer seltener wurden, um hernach überhaupt nicht wieder aufzutreten. In früheren Jahren neigte der Patient sehr stark zum Vagabondieren, Faulenzen, Betteln und Stehlen; er entwich des öfteren, und alle angestellten Versuche, ihn mit den einfachsten Dingen zu beschäftigen, scheiterten, da es ihm an dem nötigen Geschick und jeglicher Beharrlichkeit fehlte, und er außerdem sehr eigensinnig und widersetzlich war. An diesem bisherigen klinischen Muster einer epileptischen Charakterdegeneration vollzog sich nun im Laufe der genannten Jahre mit dem Schwinden der Anfälle zugleich eine

¹⁾ Die an beiderseitiger exulzierender Blepharitis mit sehr häufigen Reizungen des Bulbus selbst und sekundären Kornealprozessen leidende Kranke acquirierte im weiteren Verlaufe des Erysipels im Mai 1904 von neuem frischere und tiefergehende Entzündungen der Hornhaut, welche links zu einem Kornealabszeß führten; der Behandlung dieser Affektionen setzte sie einen auffallend heftigeren Widerstand entgegen, als sie vorher oder nachher bei ähnlichen Rezidiven anwendete.

Umwandlung seines psychischen Wesens, insofern aus dem ewigen Zänker ein gleichmäßig friedliebender Mensch wurde, der die ihm gewährte offene Tür nie zum Vagabondieren usw. mißbrauchte, sondern stets fleißig und geordnet der ihm überwiesenen Arbeit oblag; aus den langjährigen Attacken eines halben Menschenalters hatte er sich einen geistigen Besitzstand bewahrt, der ihm gestattete, noch einige Jahre als ein in jeder Hinsicht brauchbares Mitglied in der Anstaltsschneiderei zu fungieren, bis er im Oktober 1904 in seinen Heimatsort entlassen wurde. In einem zweiten, kurz anzuführenden Falle wurde dasselbe günstige Resultat in sehr wesentlich beschleunigten Tempo erzielt, und zwar, wie wir hierorts wohl anzunehmen uns berechtigt fühlen, auf Grund der in der Anstalt Sachsenberg üblichen antiepileptischen Behandlung mit Bromwasser (flaschenweise tägliche Verabfolgung einer Lösung von: Kal. bromat. 60,0; Natr. bromat. 60,0 Ammon. bromat. 30,0 in 10 l Wasser).

XIII. Anna K., 1867 geb., aufgenommen Dezember 1902 wegen häufiger epileptischer Anfälle und vor allem wohl wegen der häufigen Konflikte mit der Umgebung infolge der sich geltend machenden unangenehmen epileptischen Charaktereigenschaften; nach Einleitung einer Bromtherapie verloren sich im Januar-Februar 1904 die vorher im Monat etwa ein Dutzend an Zahl betragenden Anfälle vollständig, und wurde die beim geringsten Anlaß in Jähzorn auflodernde Patientin, ein wahres *Noli me tangere* pathologischer Erregbarkeit, in kurzer Frist eine wesentlich mildere, friedfertige und verträgliche sowie gleichmäßig arbeitsame Person, bei welcher an Stelle der früheren Verdrossenheit und Streitlust die bestehende Arbeitsfreudigkeit einen hervorstechenden Zug in ihrem Wesen einnimmt.

Vorausgesetzt, man würde durch künstliche Fiebererzeugung dauernd dasselbe erreichen können in dem einen oder anderen Falle, so würde ich es doch vorziehen, wenn eine der bei ständiger Kontrolle ungefährlichen, gebräuchlichen Medikationen versagt, lieber auf diese Art von therapeutischen Anwendungen ganz Verzicht zu leisten, als einen unserer Patienten durch die Inokulierung einer fieberhaften Erkrankung einem immerhin ungewissen Schicksal auszusetzen und ihn zum Gegenstande eines experimentellen Wagnisses zu machen, dessen Ausgang ich gar nicht übersehen kann. Außerdem ist gerade bei der Epilepsie als einer exquisit in periodischen Schüben und anfallsweise verlaufenden Erkrankungsform nie aus dem Auge zu lassen, wie sehr die Beurteilung aller nur möglichen, überhaupt in Vorschlag und zum Teil auch zur Ausführung gebrachten therapeutischen Maßnahmen, chirurgischen Eingriffe usw. in ihrer Sicherheit dadurch gefährdet wird, daß eben ohne die Anwendung aller ärz-

ichen Heilfaktoren die Anfälle Jahre hindurch sistieren können. *Binswanger*). Und da ferner jede beliebige der antiepileptischen Maßnahmen unter dem gesamten therapeutischen Arsenal immer nur in sehr vereinzeltten Fällen einen wirklich durchschlagenden Erfolg zu erzielen scheint, ist wohl eine um so strengere Kritik geboten in der Wertung einzelner interkurrenter Vorkommnisse, wie zufällig intervenierender oder absichtlich herbeigerufener fieberhafter Zustände, denen gar zu leicht gemäß einem post, ergo propter eine ihnen in Wirklichkeit vielleicht gar nicht zustehende Bedeutung beigemessen werden könnte.

In allen denjenigen Fällen, in welchen ein ernsteres körperliches Leiden mit oder ohne Fieber den früher oder später eintretenden Exitus eines Epileptikers mit sich brachte, glaube ich allerdings aus der Leidens- und Sterbensgeschichte der von mir beobachteten ein bestimmtes Abhängigkeitsverhältnis der epileptischen Erscheinungen von den somatischen Vorgängen als regelmäßiger statthabend ableiten zu dürfen, ohne aber auf den eventuellen Begleitprozeß des Fiebers einen kausalen Nachdruck legen zu können. Mit Beiseitelassung der Fälle mit früheren, ganz vereinzeltten epileptiformen Anfällen, wie sie gelegentlich wohl auch im Verlaufe anderweitiger funktioneller Nervenkrankheiten und Psychosen einmal auftauchen können, habe ich in Rücksicht auf das eigentliche Thema dieser Abhandlung das Krankenmaterial der an hiesiger Anstalt unter meiner Beobachtung verstorbenen Epileptiker einer nochmaligen genaueren Durchsicht unterzogen, und sind danach meines Erachtens bezüglich des Fortbleibens, resp. Seltenerwerdens der Anfälle einander analoge Beeinflussungen der das Ende veranlassenden Krankheit festzustellen, wobei mir an erster Stelle die todbringende Erschöpfung ursächlich in Frage zu kommen scheint, während die Todesart, speziell ob eine Infektion und eventuell Fieber vorhanden sind oder nicht, in der Summe aller Fälle hinsichtlich des epileptischen Krampfanfalls mehr in den Hintergrund tritt. Beispielsweise befinden sich unter 17 Sterbefällen von epileptischen Personen, welche neben ausgesprochenen psychischen Störungen recht häufige Anfälle zeigten in den der tödlichen Erkrankung voraufgehenden Zeiten, 5 Fälle

mit Lungenphthise¹⁾ und sich mehr weniger in die Länge ziehen. In den Perioden remittierenden Fiebers, in welchen die Anfälle immer seltener wurden, je näher die Todeszeit bei den sämtlich stark abgemagerten und körperlich mehr reduzierten Individuen heranrückte; ja in den letzten Wochen ante finem kamen keine Anfälle mehr zur Beobachtung. Ein ähnlicher Zusammenhang zwischen körperlichem Verfall und Sistierung der Anfälle scheint mir zweifellos obzuwalten in drei weiteren Fällen (Nr. 14, 1901; Nr. 8, 1903; Nr. 10, 1905 des Leichenjournals der Anstalt Sachsenberg), wo abgesehen von einmaligen antemortalen oder intramortalen Temperatursteigerungen ein sonst fieberloser und zum Teil eher mit erheblichen subnormalen Temperaturen einhergehender Erschöpfungszustand schließlich den Lebensschluß der völlig dekrepid und hinfällig gewordenen Kranken mit sich brachte; bei diesen Kranken hörten gleichfalls die früher häufigen epileptischen Anfälle in der letzten, der eigentlichen Agone voraufgehenden Lebenszeit gänzlich auf, nachdem sie zuvor schon merklich seltener geworden unter dem deutlicheren Hervortreten einer gradatim zunehmenden körperlichen Einschmelzung.

Der eine, von mir bereits unter den obigen Fällen von Lungenphthise eingereihte Sterbefall (Nr. 23, 1903) beansprucht insofern ein besonderes Interesse, als bei dem anfänglich noch leidlich kräftigen Menschen sofort mit dem Einsetzen einer sehr lang andauernden Periode der Febris hectica die zuvor öfteren und schwereren Anfälle aussetzten, nur ein ganz leichter Anfall — so leichter Art, wie er sonst nie bei dem Patienten beobachtet war — im Fieberbeginn einmal aufflackerte, und alsdann bis zum Tode jegliche Anfälle nicht wiederkehrten: XIV. Hermann J., 1883 geboren, aufgenommen in die Anstalt im Februar 1900, an häufigen epileptischen Anfällen leidend, welche aber fortblieben mit den seit Mitte Oktober 1902 manifester werdenden Erscheinungen einer Lungentuberkulose, einhergehend mit remittierenden Fieberbewegungen (höchste gemessene Temperatur 39,8°). Ganz im Beginn der Fieberperiode (am 17. Oktober 1902) hatte der Patient einen durchaus im Grade und in der Dauer von den früheren Anfällen abweichenden Anfall, der zufällig auch ärztlicherseits beobachtet werden konnte. Während dieses, nur wenige Sekunden betragenden absenceartigen Anfalls rührte der gerade auf einem Stuhl sitzende Kranke sich nicht von demselben, sah starr vor sich und erlangte nach einigen Schmeckbewegungen sogleich das stärker

¹⁾ Leichenjournal der Anstalt Sachsenberg: Nr. 12, 1901; Nr. 30, 1902; Nr. 23, 1903; Nr. 17, 1905; Nr. 20, 1905.

getrübte Bewußtsein wieder. Von da ab Ausbleiben des Anfälle bis zu dem am 8. Mai 1903 erfolgenden Exitus letalis. — Darin, daß ein körperlicher Prozeß infektiöser und febriler Natur hier plötzlich die in gewissen Intervallen aufeinander folgenden Anfälle abschneidet, gleicht der letzterwähnte, mit Tod endende Fall mehr denen, wie ich einen derartigen in Fall XI aufgeführt habe, und wo nur nach dem Übergang in Genesung die weitere Beobachtung lehren kann, ob die Anfälle etwa dauernd ausbleiben, oder nach Überwindung des Leidens in alter Zahl und Stärke wiederkehren.

Ein fernerer Sterbefall (Nr. 13, 1904, welcher von mir nebst verschiedenen anderen, hier wiedergegebenen in den Tabellen meiner früheren Arbeiten über die Leichenpupille bereits nach anderen leitenden Gesichtspunkten in gedrängtester Kürze erwähnt ist) verdankt wohl ebenfalls nur dem vehement eintretenden Fieber das Verschwinden der Anfälle: XV. Wilhelmine M., am 23. März 1904 in die Anstalt schwerkrank und unter hohem Fieber eingeliefert (höchste gemessene Temperatur 40,4°). Nach der Anamnese zeigte die seit 8 Tagen vor der Aufnahme psychisch völlig veränderte Patientin (unzugänglich und mutazistisch geworden, gänzlich die Nahrung verweigernd) seitdem auch keinen der zuvor häufigeren epileptischen Anfälle mehr, wie sie auch bis zu dem, bei leidlichem allgemeinen Ernährungszustande durch Lungengangrän beschleunigten Exitus (am 30. März 1904) anfallsfrei verblieb.

Anknüpfend an die letal endigenden, mit oder ohne Fieber fortschreitenden Erschöpfungszustände etwa ein stets zutreffendes und allgemein gültiges gesetzmäßiges Verhalten konstruieren zu wollen, wonach den Anfällen der Epileptiker ein sicheres Veto diktiert würde durch die anteagonalen und agonalen körperlichen Verhältnisse, geht jedoch nicht an; denn schon unter meinem, der Lage der Sache nach nicht zahlreichen Epileptikermaterial finden sich, wenn auch in starker Minderzahl, Beobachtungen, in denen selbst die Agone gehäuften Anfällen nicht Halt zu bieten vermag.

XVI. Willi D., geb. 1887, epileptischer Idiot; seit August 1903 bestehende und bis zum am 10. Oktober 1903 eintretenden Tode fortschreitende fieberlose Erschöpfung (Nr. 32 des Leichenjournals pro 1903). Einem Anfall am Vortage des Todestages folgen innerhalb der letzten 24 Stunden noch drei weitere Anfälle nach, die an Schwere und Dauer nicht hinter den sonst bei dem Kranken gesehenen zurückstanden; die Körpertemperatur betrug zur Zeit der letzten Anfälle sub finem 34,1°.

In einem anderen, mit fieberhaften Erscheinungen verbundenen Falle längeren Siechtums hielten ebenfalls die an Zahl, Stärke und Dauer nicht wesentlich unterschiedlich zu vermerkenden Anfälle an bis zur Todeszeit: XVII. Heinrich F., 40 Jahre alt, Todesursache: Sepsis ex Decubit., (Nr. 24 des Leichenjournals pro 1905). Zunehmende Erschöpfung seit dem 14. Mai

1905 bis zum Exitus am 12. Juni 1905 unter hohem Fieber (höchste gemessene Temperatur $40,1^{\circ}$). Noch im Laufe der letzten 48 Stunden ein Anfall auf-tretend, der in allem das Bild der vorhergehenden bot.

Selbstredend sind diejenigen mortal verlaufenden Fälle als nicht hierher gehörig zu betrachten, in denen die Summe gehäufte epileptischer Anfälle (Status epilepticus) in kürzester Frist ihrerseits Todesanlaß werden kann durch die hochgradige allgemeine Konsumtion. Eine entsprechende Beobachtung des hiesigen Materials ist in der Tabelle meiner Arbeit über das mortale Pupillenphänomen usw. unter Nr. 10 pro 1904 aufgeführt, wo bei einer wenig kräftigen Epileptika ein 20 stündiger Status mit Mors endete. Die Zahl der Fälle, in denen bei kräftigstem Körperzustande die Erstickung im vereinzelt epileptischen Anfall dem Leben ein sehr jähes Ende bereitete, möchte ich nur zur Vervollständigung meines epileptischen Totenmaterials erwähnen; es sind mir deren 5 begegnet im Laufe von fünfjähriger Assistenten-tätigkeit an der Anstalt Sachsenberg.¹⁾

Sollte es berechtigt sein, dem Fieber unter Beiseitesetzung der prä mortal und mortal etwa noch zur Wirkung kommenden Einflüsse an und für sich eine maßgebliche Rolle zu vindizieren, welche es in vereinzelt Fällen spielen dürfte im Hinblick auf die Äußerungen alles typisch Periodischen, vornehmlich des Epileptischen, so fehlt es andererseits auch wiederum nicht an gelegentlich ärztlich zu beobachtenden Krankheitsfällen, wo das Periodische, der epileptische Anfall, direkt oder indirekt eine Fieberbewegung zur Folge hat.

Letzteres sah ich mit ziemlicher Regelmäßigkeit bei einem Epileptiker, welcher innerhalb der Anstalt etwa alle 8 Tage kleine Serien von Anfällen hatte (bis zu 5), denen sich ein atypisches Fieber mit meist geringgradigen Temperatursteigerungen ($38,1^{\circ}$ bis $38,5^{\circ}$) anschloß; nur gelegentlich kam es zu erheblichen Steigerungen (höchste gemessene Temperatur $39,4^{\circ}$). Die sonstigen allgemeinen und lokalen Erscheinungen, welche der Kranke im Fieber zeigte, waren wohl als Begleit- und Folgeerscheinungen desselben aufzufassen (gastrische Erscheinungen usw.). Der Fall, für uns hierorts noch in anderer Hinsicht von Interesse, insofern an ihm zwei Jahre vor der Aufnahme hieselbst eine operative Behandlung der Epilepsie versucht war, war ein unehelich geborener Potator, dessen Leben sich abspielte auf der Landstraße, im Hospital und zum Teil auch im Gefängnis: XVIII. Fritz B., 1865 geboren, im März 1901 aufgenommen und im August 1901 ungeheilt entlassen (entwichen). Der von frühester Kindheit ab nach eigener Aussage an häufigeren

¹⁾ Folgende Nummern enthalten nach dem Leichenjournal der Anstalt die betreffenden Fälle: Nr. 11, 1902; Nr. 29, 1902; Nr. 31, 1904; Nr. 37, 1904; Nr. 22, 1905. Dazu kommt weiterhin noch Nr. 31, 1905.

epileptischen Anfällen leidende Patient machte über einen, in der linksseitigen Scheitelgegend in der Region der Zentralwindungen gelegenen und etwa 5 cm im Durchmesser betragenden Schädeldefekt die Angabe, daß er aus Gründen einer Epilepsie in Stralsund einer Operation unterworfen sei — eine Angabe, welche durch eingezogene Erkundigungen mit folgendem Bericht eine Bestätigung erfuhr: dem laut Stralsunder Krankenjournal wegen eines im epileptischen Anfall erworbenen Knochenbruchs den 2. Juli 1899 in Behandlung gekommenen B. ward aus Anlaß der Epilepsie der Vorschlag einer Trepanation gemacht, auf welchen Vorschlag der Kranke einging; die Trepanation ward am 12. August 1899 ausgeführt, der Befund war nach Spaltung der Dura außer leichtem Ödem der Pia ein negativer nach dem Vermerk des Journals; bis zum Entlassungstermin aus dem Hospital (am 23. September 1899) wurden einige „leichte“, aber „verhältnismäßig seltene“ Anfälle beobachtet (der erste Anfall post trepanationem erfolgte am achten Tage nach derselben).

Viel inkonstanter als der epileptische Anfall, über dessen Fortbleiben im moribunden Stadium sich vielleicht an dem ungleich größeren anderweitigen Material beispielsweise von Epileptikeranstalten eine durch ziffernmäßige Belege mehr gesicherte Beurteilung erbringen ließe, gestaltete sich in den Fällen noch nicht bestehender epileptischer Demenz in ihren höchsten Graden das klinische Bild des geistigen Zustands in den Zeiten, wo die Auflösung in nahe Aussicht gerückt war. Zum Teil hielt die periodische Verstimmung, die Morosität und das unwirsche Wesen nicht nur bis zum Tode unvermindert an, sondern gipfelte gerade an den Tagen stärkst gestörten Allgemeinbefindens und der höchst gemessenen Temperatursteigerungen in den unzweideutigsten Ausbrüchen einer abweisenden und drohenden Haltung; zum Teil wurde dieselbe vorübergehend unterbrochen durch ein der ärztlichen Behandlung zugänglicheres Wesen; zum Teil stellte sich näher dem Tode eine andauerndere psychische Zustandsänderung ein mit scheinbarer Wendung ad melius unter der Einwirkung einer allgemeinen antemortalen Euphorie, wie z. B. in dem Falle XVII.

Unter sämtlichen übrigen Schwerkranken nicht epileptischer Art, deren Sterben unter meiner Beobachtung vor sich gegangen, war das psychische Verhalten in den präagonalen Stadien bis auf sehr wenige, weiter unten noch zu erwähnende Ausnahmen nie ein solches, daß man hätte von einer erwähnenswerten Klärung sprechen können. In fieberhaften und nicht fieberhaften

Krankheiten war die Regel ein Verharren im alten Zustande, um nicht sogleich darin etwa eine Verschlechterung zu erblicken, wenn häufiger der Wahn an dem körperlichen Leiden neue Zufuhr für eine Weiterverarbeitung im Sinne alter Ideen gewinnt und den alten Faden weiter spinnt; dazu pflegt er auf dem alten Instrumente dieselbe einförmige Melodie zu spielen, nur eventuell lauter und eindringlicher, wenn der Affekt sich rührt, und mißgestimmter, wenn die Fäden sich verwirren und in Unordnung geraten oder vielmehr die aus den Fäden zusammengesetzten Saiten, um in dem gewählten Bilde zu bleiben. In den folgenden Fällen, wo hingegen unter einer desolaten körperlichen Situation eine wiederkehrende Klärung resp. ein Ablegen der vorherigen typischen psychischen Krankheitszeichen in gewissen Grenzen sehr deutlich hervortrat, handelte es sich um Katatoniker von sämtlich nicht zu altem Datum des Krankheitsbeginns, welche ziemlich plötzlich unter den besagten Umständen und bei drohendem Tode das bekannte Bild änderten.

XIX. Minna B., 1884 geb., Juli 1900 aufgenommen, typische Katatonie mit Stupor, ferner mit Negativismus, Maniertheit in Sprache und Geberde, mit Stereotypen usw. Im Januar 1902 beginnende Lungenerscheinungen mit Fieber (höchste gemessene Temp. 39,5°), in deren weiterem Verlaufe die Patientin plötzlich (im Februar 1902) geordneter wird, regelmäßig und sinngemäß antwortet und dasselbe gleichmäßige und zugängliche Benehmen usw. bis zur Agone mit folgendem Tode an Lungentuberkulose (im Oktober 1902) zeigt. (Nr. 34 des Leichenjournals der Anstalt Sachsenberg pro 1902.)

XX. Katharina M., 1870 geb., 1901 aufgenommen, April 1902 an Erschöpfung verstorben (Nr. 13 des Leichenjournals). Katatonie mit Stupor, Abstinenz und stark negativistischem Verhalten; in den letzten vierzehn Tagen bei fortschreitendem körperlichen Verfall plötzlich zugänglicher werdend, spontan Nahrung nehmend und geordnet auf Ansprechen reagierend. Eine in den letzten Tagen zunehmende Benommenheit mit musitierenden Delirien unter sehr ausgesprochenen beiderseitigen Lähmungserscheinungen der äußeren Augenmuskulatur und Fiebersteigerung vorübergehender Art (38,6°) weicht am Tage vor dem Tode wiederum einem lichterem Bewußtseinszustande, wo die Kranke den Vorgängen in ihrer Umgebung ein gewisses Verständnis entgegenbringt.

XXI. Ernst G., 1874 geb., im Mai 1901 in die Anstalt aufgenommen. Stupor usw., energischer und konsequenter Nahrungsverweigerer. Zwei Tage ante mortem bei schon hochgradigem körperlichen Verfall mit subnormalen Temperaturen (35,0°) plötzliche Änderung des ganzen psychischen Wesens und lebhafteste Äußerungen wiedererwachender Lebenslust und des Wunsches, Nahrung zu nehmen, um am Leben zu bleiben; Aussprechen der klaren

denden Erkenntnis dessen, was ihm in Kürze bevorsteht, als der Exitus nicht mehr abwendbar erschien (Nr. 13 pro 1901; Todesursache: Erschöpfung).

Tod erfolgte nach einer leichten Temperaturerhebung innerhalb der letzten undzwanzig Stunden (38,1°).

XXII. Wilhelmine E., 38 Jahre alt, Nr. 13 des Leichenjournals pro 1905; genommen Juni 1902, Katatonie. Gegen das durch eine Meningitis cerebromeningealis ex Decubiti veranlaßte Lebensende hin, bei hohen Temperaturenhaltungen (bis 40,2°), gibt die Patientin plötzlich ihren hartnäckigen Negativismus auf, antwortet geordnet, kommt Aufforderungen nach und erleichtert sich ein entgegenkommendes Benehmen die ärztliche Behandlung. Noch Tage vor dem Todestage trotz leichter Benommenheit, bei zunehmender Schwäche und einer kompletten, rasch entstandenen rechtsseitigen Abduzenzierung Auskunft gebend über ihr subjektives Befinden und zugleich lebhaft lachend, im Gefühle des herannahenden Endes, daß die noch lebenden, elterlichen Eltern keine Stütze mehr an ihr finden würden. Beim Unverminderwerden der Sprache erhellt noch ein teilweises Verständnis der Absichten für die Gegenwart des Arztes aus dem angedeuteten Geberden- und Mimikenspiel.

Diese verschwindend kleine Anzahl von Fällen in der Totalsumme aller Todesbeobachtungen, bei welcher Minderzahl unter anderem zum Teil recht langsam vor sich gehenden Versagen der körperlichen Funktionen, zum Teil unter rapider verlaufender Reduzierung des Körpers und des Kräftezustands ein psychisches Aufleben noch zu guter Letzt statthatte, dürfte nach den von uns gewonnenen und hier zur Mitteilung kommenden Eindrücken als geeigneter klinischer Beitrag dafür erscheinen, daß körperlich schwer- und sterbenskranke Geistesgestörte, ob nun der Tod unmittelbar bevorsteht oder nicht, je nach dem individuell verschiedenen Restbestande an psychischer Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten psychischen Lebens in sinnfälligere Aktion zu setzen vermögen und zwar in einer den Ausdruck einer entschiedenen „Besserung“ verdienenden Weise: ein vorher nicht vorhandenes Verlangen nach dem vermißten Familienanschluß im eigenen Interesse und im Interesse der Familie selbst wird mit innerer nicht bloß die Signatur des Oberflächlichen tragenden Affektbeteiligung vorgebracht, dem plötzlich mächtig werdenden Selbsterhaltungstrieb werden seitens des vorher in Stummheit verharrenden Kranken beredete Worte¹⁾ verliehen usw., und an sich

¹⁾ Der Eine, der hartnäckigste Nahrungsverweigerer, den ich je gesehen.

gesündere, die Fesseln psychischer Hemmung mit einem **Schlage** abstreifende Motivierungen des Vorgebrachten werden um so bedeutungsvoller, je mehr die Rücksicht auf andere ein treibendes Moment bildet. Aber eine solche Wendung zum Besseren ist, wie schon gesagt, selbst da ein seltenes Ereignis, wo nach dem **bisherigen** klinischen Status der kranken Psyche doch etwas **mehr** an psychischer Produktivität nach der einen oder andern **Richtung**

nahm nicht nur im letzten Stadium spontan etwas flüssige Nahrung, sondern erklärte sich auch, als ihm die Entkräftung und Inanition kaum noch unter Anstrengung zu sprechen erlaubten, bereit dazu, die Anwendung alles dessen an sich wiederholen zu lassen, was er vorher so sehr erschwert hatte (subkutane Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung und Nährklystiere). Beiläufig erwähnt rate ich dringend, abhold jeglicher Zwangsfütterung, die gar zu leicht trotz aller angewandten Vorsicht verderbliche Folgen haben kann, bei jedem totalen Nahrungsverweigerer frühzeitig — schon am Ende des ersten, spätestens aber am zweiten Abstinenztage — mit Nährklystieren zu beginnen. Werden Zwangsmaßregeln erforderlich, einem Geisteskranken auf künstlichem Wege ein zwar für die Dauer nicht ausreichendes, aber doch temporär als noch genügend zur Abwendung des Ärgsten anzusehendes und wenigstens teilweisen Ersatz des Körperverbrauchs lieferndes Quantum von Nahrung zuzuführen, so gebe ich dem Klysma als dem mildesten, erträglichsten und am leichtesten ausführbaren Mittel unter allen Gewaltakten der Nahrungszufuhr entschieden den Vorzug. Hierzu benutze ich mit Vorliebe eine anderweitig mehrfach empfohlene Lösung von Kochsalz (1 0/0) Zucker (10 0/0) und Pepton. sicc. (5 0/0), und zwar werden davon 120 bis 150 g mindestens fünfmal täglich verabfolgt, nach Applizierung eines einmaligen morgendlichen Reinigungsklysters. Nur dann fällt jedes Mal das Nährklysma aus, wenn es durch unablässiges Anbieten gelingen ist, den Kranken zur Aufnahme von einzelnen Portionen zunächst am leichtesten zu nehmender flüssiger Nahrung und Anregungsmittel zu bewegen (Milch, Kakao, Rotwein usw. glasweise genommen). Die Einverleibung des Klysters kann wohl selbst beim renitentesten durch künstliches, anhaltenderes Zusammenpressen der Nates erzwungen werden, und scheint der genannte Klystierinhalt in der gewählten Form nicht minder das Durstgefühl und den Appetit anzuregen, wenn er vom Darm aus zur Aufsaugung gelangt ist, als die subkutan injizierten Salzlösungen. Die durch Klystiere erreichbare Nutzbarmachung von N-haltigen Substanzen ist allerdings leider vor der Hand immer noch eine sehr fragwürdige, und es wäre eine dankbare Aufgabe, Eiweißpräparate ausfindig zu machen, welche mit Sicherheit in größeren Quantitäten vom Dickdarm aus zur Resorption zu bringen wären. Die Hauptsache ist jedenfalls bei der hier empfohlenen Ernährungsmethode per Klysma, mit deren Anwendung nicht zu zaudern und keine unnötige Zeit zu verlieren.

erwartet werden dürfte, und wenn wirklich vorhanden, haftet als Ganzes genommen doch noch genug des Krankhaften und vollkommenen an. Und auch, falls zugestandenemmaßen die Verhältnisse nicht gleichbedeutend sind, ob der Patient in schwerer körperlicher Krankheit in das Vorstadium eines sicheren Exitus tritt oder ob nicht, wo beispielsweise wider alles Erwarten schließlich eine körperliche Besserung oder gar Genesung folgt, so sind doch nach meinen Beobachtungen die Besserungen psychischem Gebiete anlässlich der körperlichen Erkrankung so weitgehend, daß man von einem Zustande sprechen könnte, einer Genesung der Psyche einigermaßen gleich käme. Ich halte zwar nicht behaupten, daß eine Gesundung aus den genannten Anlässen gänzlich ins Bereich der Fabel zu verweisen sei, halte aber nach meinen persönlichen Anschauungen gegen eine zu optimistische Auffassungsweise entschiedene Verwahrung ein, und mir erscheint zur Vermeidung von Täuschungen ein streng kritisches Vorgehen in der Einschätzung der Kausalität von körperlichen zu psychischen Krankheitszuständen bei unserm so geringen Wissen über die ursächlichen Wechselbeziehungen zwischen körperlicher Verhältnisse zu den Psychosen um so anzuempfehlen, als überhaupt der Grund und Boden, auf dem sich die moderne Psychiatrie aufbaut, abgesehen von der Symptomologie, in jeder andern Hinsicht, in anatomischer, ätiologischer, psychologischer usw., ein noch viel zu schwankender und wenig sicherer ist. Auf Grund der Arbeiten *Kraepelins* und seiner Schule scheinen sich jedoch, obwohl bezeichnenderweise für die Ungehaltigkeit unseres positiven Wissens wir noch weit entfernt von einer Einigung der Autoren insgesamt selbst in den zentralsten Fragen der klinischen Psychiatrie, unter allgemeinerer Zustimmung der Fachmänner im wesentlichen zwei größere Gruppen der sogenannten funktionellen Psychosen nach gemeinsamen tendenden Gesichtspunkten zusammenfassen zu lassen, für welche die Äußerlichkeit der Erscheinungen einzelner, event. differenter Zustandsbilder“ weniger maßgebend ist als vielmehr die Innerlichkeit, aus der fortlaufenden Beobachtung sich ergebende und das eigentlich unterschiedliche Wesen der Psychose ausmachende Zusammengehörigkeit.

Die eine der beiden Hauptgruppen, enthaltend die rein periodischen Krankheitsformen katexochen, *Kraepelins* manisch-depressives Irresein, scheint unter den hier zu Lande in irren-ärztliche Beobachtung gelangenden Psychosen seltener vertreten zu sein, wie statistische Zusammenstellungen hierorts im Vergleich zu denen ferner abliegender Gebiete Deutschlands, speziell Süddeutschlands, ergeben, und wie mich auch mündliche Auseinandersetzungen eines befreundeten, vielgewanderten Kollegen (Dr. *Otto Schulze*) belehrt haben. Ich hege die sich auf die Würdigung der Eigentümlichkeiten des hiesigen Volkscharakters im allgemeinen stützende Vermutung, daß dem stabilen Charakter des Niederdeutschen und speziell des Mecklenburgers (sächsische Rasse), wenn er das Unglück hat, psychisch zu erkranken, die Katatonie als zweite der beiden Hauptgruppen — natürlich im großen und ganzen genommen und von den recht häufigen sogenannten periodischen Erregungszuständen katatonischer Art abgesehen — gewissermaßen näher liegt als die mehr weniger wechselnde Exaltation des Manisch-Depressiven. Darin liegt nicht etwa ein Nachteil der Rasse meiner Landsleute, auch wenn wir wohl einen bestimmten Grad von Schwerfälligkeit ohne weiteres gegenüber dem leichter beweglichen, aber auch leichtlebigeren West- und Süddeutschen zugestehen müssen; es scheint im Gegenteil dieser Umstand mehr zu sprechen für eine in geistiger wie in körperlicher Beziehung weniger degenerierte Bevölkerung. Sei dem, wie ihm wolle, — sorgfältige und genauere statistische Erhebungen von sachkundiger Seite, welche alle Faktoren einer vergleichenden Ethnologie, speziell einer vergleichenden Psychologie und Völker-Psychiatrie (*Kraepelin*), zu berücksichtigen hätten, dürften weiterhin wünschenswert erscheinen, mehr Licht zu bringen in die psychischen Morbiditätsverhältnisse speziellster Art unter den Völkern der Erde¹⁾ — die Zahl der reinen „Periodiker“ ist, so-

¹⁾ Von Detailkenntnissen über die fraglichen Beziehungen scheinen wir noch weit entfernt zu sein, auch wenn wir zunächst nur die Stammes- und Rassenangehörigkeit in unserem politischen Vaterlande in Betracht ziehen, das in einzelnen Teilen aus einer überwiegend nichtdeutschen Bevölkerung besteht. Sogar in unserm engsten Heimatlande, Mecklenburg, sind noch vereinzelt (in den Elbdistrikten) nicht zu übersehende Reste anzutreffen, die

weit dieselben anstaltsbedürftig erscheinen, vorübergehend und zum Teil auch dauernd, unter den Prozentsätzen der einzelnen Psychosen hierorts eine so geringe, daß ich unter der Gesamtsumme der in der Anstalt zurzeit internierten Geisteskranken nicht mehr als 10 zu zählen vermag (6 Männer und 4 Frauen) d. h. kaum 2% des Anstaltsmaterials. Demgemäß konnten einschlägige Beobachtungen darüber, inwiefern Kranke dieser Gruppe psychischerseits unter der interkurrenten Einwirkung körperlicher Krankheitsinflüsse reagierten, nur sehr selten gemacht werden; das wenige, was ich hierüber feststellen konnte, hat mich allerdings in der Anschauung bestärkt, daß die Periodischen zu den Zeiten des „Anfalls“ in ihrem äußeren Verhalten wohl in etwas bestimmt und in ihrem Bewegungsdrange eingedämmt werden unter dem Druck eines voraussichtlich mit Tod endenden allgemeinen Siechtums, qualitativ aber trotz des fortschreitenden Verfalls der Kräfte nur wenig tangiert werden und ihren Anfall in den wesentlichen gleichtypischen Zügen wiederholen. Gerade jetzt waren wir hier in der Lage, uns davon zu überzeugen, wie ein Manisch-depressiver auf generativer Grundlage in „photographischer Treue“ einen seiner häufigen periodischen Zustände von neuem in allen Einzelheiten durchmachte bis auf die körperlichen Extravaganzen größter Art, an denen ihn wohl die allgemeine hochgradigere Prostration hindern mochte, mit welcher das eigene Rühren seiner trefflichen Gesundheit und seiner hervorragenden körperlichen und geistigen Kräfte in auffälligster Weise kontrastierte:

XXIII. Albert H., 1837 geb., im Januar 1902 zum siebenten Male in die Anstalt aufgenommen, zeigte im Sommer 1905 eine im wesentlichen von den früheren nicht abweichende manische Periode trotz stärkeren körperlichen Verfalls (blasses kachektisches Aussehen, Ödeme usw. infolge von Nephritis chronica, Cystitis, Prostatahypertrophie, Ischuria paradoxa), der höchstens die zwingende Veranlassung wurde, den Kranken nicht völlig die extremsten Grade der motorischen Unruhe erreichen zu lassen. Das Verhalten der Pupillen war wenig charakteristisch, jedenfalls waren dieselben nicht erweitert (s. meine diesbezüglichen Bemerkungen über wechselnde Pupillenweiten bei Geisteskranken in der Wiener klin. Rundschau). Zu unserer aller Verwunde-

ihrem ganzen Körperbau auf eine rein bewahrte slawische Abstammung hinweisen, während alles übrige — Sprache, Sitten, Gebräuche usw. — wohl so ziemlich von der alten germanischen Rückwanderung verwischt ist.

rung trat das befürchtete Ende des Kranken noch nicht ein, sondern gingen die bedrohlichsten Erscheinungen bei ihm in der allerletzten Zeit so weit zurück, daß er sogar kleinere Spaziergänge unternehmen konnte (September 1906), was dem noch Hypomanischen ein willkommener Anlaß ist, sich in den übertriebensten Äußerungen über sein ausgezeichnetes Befinden zu ergehen. Der wirklich inzwischen erreichten Grad von Beruhigung auf diese sicher nur vorübergehende und zufällig mit ihr zusammenfallende körperliche Besserung beziehen zu wollen, geht natürlich nicht an, da erstere auch ohne letztere so wie so eingetreten wäre.

Ist endgültig der agonale Sopor mit folgendem tiefen Koma eingetreten, alsdann ist ein Hinüberdämmern in den Todesmoment hinein ohne eigentliche Unterbrechungen der vorhandenen Bewußtseinsstörung die Regel. Ein Wiedererwachen aus dem prämortalen Sopor scheint selten zu sein und ist, wenn vorkommend, nur unvollkommener und flüchtiger Art. Ein Stunden anhaltendes Lebhafterwerden bis zu dem Punkte, daß seitens der Kranken noch stimmlich, wenn auch unverständlich, oder auch nur durch angedeutete Gesten eine Beantwortung gestellter Fragen versucht ward oder je nach dem noch bestehenden Vorrat von körperlichen Kräften sonstwie eine Notiznahme an der Gegenwart des Arztes bekundet ward, habe ich in dem im strikten Sinne als moribund geltenden Stadium nur einmal gesehen in der sehr lang ausgespannenen Agone einer sehr hinfälligen alten Frau:

XXIV. Louise B., 80 Jahre alt, paranoïde Demenz (Nr. 9 des Leichenjournals der Anstalt pro 1905). Eigentliche Agone 72 Stunden dauernd mit wiedererwachender und den Sopor unterbrechender psychischer Reaktionsfähigkeit innerhalb der mittleren 24 Stunden unter Andeutung des Wahrgenommenen durch leichtes Kopfnicken, Lid- und Handbewegungen und Sprechversuche bei schon tonlos gewordener Stimme. In den vorhergehenden Zeiten bezeichnete die Kranke, durch bronchitische und teilweise von Fieberbewegungen begleitete Beschwerden geplagt, sich mit Recht als „sehr schwach und krank“, ohne aber dieselben zu ihren im übrigen unveränderten Wahnideen in Beziehungen zu setzen,

Das zwischenläufige psychische Aufflackern im Laufe eines unzweideutig agonalen Stadiums ist jedoch kein eigentlich lichter Moment und kehrt nicht in dem Maße wieder, daß man es als „Ecstasis morientis“ der älteren Autoren zu bezeichnen Anlaß nehmen könnte. Letztere entspricht wohl nie, mag sie auch noch so wirkungsvoll sein auf die den Sterbenden umgebenden Personen und zumal Angehörigen unter nur geringen Äußerungen einer un-

vollkommenen Klärung, ganz dem, was in der Bezeichnung gelegen ist, und dürfte einer objektiveren Prüfung übertrieben erscheinen als dem, der von dem ergreifenden Eindruck des Vorganges allzu sehr befangen ist.

Eine eventuell schon in relativ früher Zeit vor Todeseintritt einsetzende Euphorie, welche nicht einer besonderen medikamentösen, auf Euthanasie abzielenden Unterstützung zu verdanken ist, hat bei geisteskranken Personen nichts Charakteristisches; daß sie höchstens im einzelnen Falle eine ihr eigentümliche, sich aus dem psychischen Krankheitsbilde ergebende Beimischung erleidet, kann beispielsweise bedingt sein durch die allgemeine rosige Stimmung eines Manischen, wenn zufällig das ungünstig abschließende Leiden in eine manische Periode fällt. Bei paranoischen Zuständen scheint eine vorkommende Euphorie dem Anschein nach ein Verblässen der Produktion alles Wahnhaften im Gefolge zu haben, sie scheint aber nie etwa ihrerseits, soweit ich zu urteilen vermag, die Folge zu sein einer Induktion durch wahnhafte Verdeutung.

Eine derartige wenig charakteristische Euphorie, wo das subjektive „gute Befinden“ keinerlei wahnhafte Motivierung erfuhr, wie mancherlei kleine Beschwerden in früheren Zeiten, bot ein Patient der Anstalt schon drei Wochen ante mortem und bis zum Tode andauernd, welcher mit lächelndem Gesichte daliegend sich beschwerdefrei zu fühlen angab trotz der denkbar ungünstigsten körperlichen Verhältnisse (Ödeme, Cyanose, Orthopnoe usw.): XXV. Wilhelm H., Paranoia, Todesursache: Vitium Cordis, Nephritis granulosa (Nr. 29 des Jahrgangs 1904). In den letzten drei Wochen leicht bekommen, antwortet vorbei, sieht den Arzt von einem Hunde begleitet (wie vorher tatsächlich im Garten), rühmt seine Nachtruhe usw.

In körperlich ähnlichen Fällen verhielt sich bei anderen Kranken das psychische Gebahren hinwiederum auch ganz anders; dieselben wurden mürrischer und verdrießlicher bei Verschlechterungen des körperlichen Zustands, ohne aber im wesentlichen klarer zu werden, wenngleich eine vorübergehende, irgend eine Einzelheit betreffende, aber nicht allgemeinere Aufklärung wohl hin und wieder vorhanden war.

Aus dem vorhergehend Mitgeteilten erhellt, daß die Ausbeute dessen, was bei schwer- und totkranken geistesgestörten Personen in irgend einer Beziehung bemerkenswert erschiene im psychischen

Bilde, verglichen mit demjenigen jeden einzelnen Falles in körperlich gesunden Zeiten, doch nur eine sehr geringe ist. Wie die Menschen im allgemeinen beim körperlichen Absterben zwar je nach der Todesart sich psychisch verschiedenartig gerieren können, jedoch ihre psychischen Äußerungen sich natürlicherweise vornehmlich in dem Rahmen bewegen, in dem sie überhaupt zuletzt gedacht und gefühlt haben, solange noch ein irgendwie geordneter psychischer Vorgang möglich ist, so dürfte das gleiche wohl im großen und ganzen auch beim sterbenden Geisteskranken zutreffen; bei der verschiedenen Gestaltung des agonalen Prozesses in körperlicher und seelischer Hinsicht aus Anlaß der Todesart ist der frühere, mehr weniger rege Geisteszustand eines Geisteskranken für sein psychisches Verhalten im Sterben von ähnlicher Bedeutung wie beim vorher geistig gesunden Menschen. Von einer durchgreifenden Umwandlung der psychischen Persönlichkeit des Geisteskranken kann nie und nimmer die Rede sein; es ist aber nicht zu leugnen, daß zuweilen ein Geisteskranker in den letzten Zeiten unter der Vorahnung des Todes, wie unter der Last einer schweren Körpererkrankung, in wesentlichem Grade umgestimmt werden kann in nicht näher zu definierender Weise ungesetzmäßig, unregelmäßig, kurz individuell ganz verschiedenartig, was dem beobachtenden und vergleichenden Arzte nach den zutage tretenden Erscheinungen zwar nicht entgehen kann, jedoch dem ursächlichen Zusammenhange nach sich unserer Beurteilung entzieht. Dadurch, daß manches zu schwinden scheint, was früher ausschließlich den Geisteskranken psychisch eingenommen hat, wofür anderes, längst vergessen geglaubtes an die Stelle tritt, oder dadurch, daß ein vereinzelter Kranker noch einmal in unerwarteter Weise vor dem Tode psychisch aufzuleben beginnt und das, was ihn bewegt, zum Ausdruck bringt, kann gelegentlich ein dem Anschein nach von dem psychischen Vorleben völlig abweichendes und mit ihm kontrastierendes Verhalten am Lebensschlusse in die Erscheinung treten, was jedoch, gleichwie minder auffälligere individuelle Färbungen, nichts daran ändern kann, daß eine etwa für die Vorstadien des Todes typische Psychopathologie nicht existiert. Sie ordnet sich nach Maßgabe der Totalsumme der vorhandenen psychischen Kräfte unter indivi-

uellen Abweichungen, möglicherweise ungetreu dem vorherigen psychischen Zustandsbilde, den Vorgängen der „Physiologie des Todes“ im weitesten Sinne ein, bis die darin sich allgütig erweisende Natur allem psychischen Geschehen ein Ende bereitet, indem sie in der Regel die subtilsten und zu den höchststehenden Leistungen befähigten nervösen Elemente durch irreparable körperliche Störungen schon Stunden vor dem Todesaugenblick außer Funktion setzt und damit glücklicherweise den Übergang vom Leben zum Tode erleichtert.

Unsere Aufgabe müßte es ferner sein, allem interkurrent Somatischen, sei es was es sein möge — das angeborene oder in früheren Zeiten erworbene Somatische mit vorübergehenden oder bleibenden Folgen gehört nicht an diese Stelle als verwertbar für die hier gestellten Fragen, höchstens von seltenen Fällen abzusehen, wo eine bleibende körperliche Anomalie später intermittierend auf die Psyche einwirken könnte — im Verlaufe einer ausgebildeten fertigen Psychose unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden gerade in seiner Rückwirkung auf das psychische Verhalten des Geisteskranken. Das letztgenannte Somatische interessiert an sich von unserm Standpunkt aus wohl weniger; selbstverständlich schließt diese Interesselosigkeit aber nicht aus, den uns anvertrauten und von körperlichen Leiden betroffenen Kranken in jeder Beziehung eine sachliche Behandlung zuteil werden zu lassen, und ich halte es unter diesem Gesichtspunkte für vorteilhaft, wenn der eine oder andere von uns Anstaltsärzten eine gründliche spezialistische Ausbildung in irgend einem Fache der gesamten klinischen Medizin neben seiner psychiatrischen erfahren hat. Wichtiger jedoch erscheint mir, dem körperlich leidenden Kranken gleichfalls auf psychischem Wege zu Hilfe zu kommen und ihm vermöge der Autorität seines ärztlichen Beraters und Helfers den Glauben an ein Besserwerden beizubringen, welcher uns in unserer therapeutischen Resignation zum Teil wohl abhanden gekommen ist, oder im Falle des Sterbens wie für körperliche so auch für psychische Euthanasie Sorge zu tragen überall dort, wo es angängig erscheint.

Entmündigung wegen partieller Geistesstörung.

Von

Dr. Hermann Kornfeld, Geh. Med.-Rat, Gerichtsarzt, Gleiwitz.

Das nachfolgende Urteil des Oberlandesgerichts zu B. ist schon deshalb von Interesse, als es auf Grund des Gutachtens des Verfassers und des Medizinalkollegiums (Ref. *Wernicke*) die partielle Geistesstörung anerkennt. Abgesehen hiervon soll es eine Frage allgemeiner Natur zur Diskussion bringen helfen: die nach der Berechtigung, Geisteskrankheit mit Gehirnkrankheit zu identifizieren.¹⁾ Wie Verfasser verschiedenenorts behauptet hat, ist der erfahrene Kriminalist in einer Reihe von Fällen ebenso, mitunter sogar besser, qualifiziert zu unterscheiden, ob jemand irre, ob er Simulant, ob er Verbrecher ist. Die Begutachtung des partiellen Wahns, unter welchen namentlich auch oft der Querulantenwahn gehört, bewegt sich — soweit Verfassers Kenntnis anderer Gutachten und seine eigenen Erfahrungen ein Urteil erlauben — rein auf psychischem Gebiet. Als Beispiel soll auch die vorliegende Störung dienen, die Verfasser in einem eingehenden Gutachten auf Grund eines überaus großen Aktenmaterials zu begutachten hatte. Für den angegebenen Zweck soll die Mitteilung der obergerichtlichen Entscheidung genügen.

Urteil des Oberlandesgerichts zu B.

Entscheidungsgründe.

Nach dem Ergebnis der persönlichen Vernehmungen der Klägerin und auf Grund der Gutachten der Sachverständigen ist zwar mit dem ersten

¹⁾ Cf. *Kronthal*: Metaphysik in der Medizin. S. Fischer 1905.

ichter davon auszugehen, daß verschiedene Wahnideen, von denen Klägerin über beherrscht war, zurückgetreten und bei ihr jetzt nicht mehr erkennbar worden sind, aber als geistig normal ist Klägerin nicht zu bezeichnen.

Aus dem vorgetragenen Inhalt der Grundakten . . ist zunächst festgestellt, daß der von dem Pfleger B. im Jahre 1892 erfolgte Verkauf ihres teils an dem Grundstück . . vollkommen ordnungsmäßig und rechtsgültig erfolgt ist. Aus den Angaben der Klägerin bei ihren persönlichen gerichtlichen Vernehmungen in den Verhandlungen vom . . (in I. Instanz) und . . n II. Instanz) geht hervor, daß sie nach wie vor von der Vorstellung beherrscht wird, sie sei noch Besitzerin des Grundstücks, der Kauf sei ungültig, a sie ihre Einwilligung zu dem Verkauf nicht gegeben habe. Für jede Behauptung dahin, daß der Verkauf ordnungsmäßig und rechtsgültig erfolgt sei und sie sich nunmehr in die Verhältnisse fügen müsse, erweist sie sich unzugänglich: sie hält mit Zähigkeit an dem Gedanken fest, daß sie Eigentümerin des Grundstückes sei, und erklärt, daß sie gegen M., den jetzigen Eigentümer des Grundstücks, klagen wolle und müsse, weil sie ihren Teil zurückhaben wolle; daß sie fähig sei, zu prozessieren und keinen Vormund dazu brauche; ergoß sich dabei auch immer in den gröbsten Ausfällen und Beleidigungen gegen ihre Vormünder, gegen den früheren Pfleger B. und gegen den genannten M. Während sie bei ihrer ersten gerichtlichen Vernehmung im wesentlichen noch zugegeben hat, daß sie früher geisteskrank gewesen wäre, will sie bei ihrer zweiten gerichtlichen Vernehmung von einer früheren Geisteskrankheit nichts mehr wissen, gibt vielmehr an, daß sie in den Irrenanstalten Tost und Rybnik nur gewesen wäre, „um Bäder zu nehmen und Atteste zu bringen, daß sie gesund wäre“. Der Sachverständige, Dr. Kornfeld, ist in seinem ersten Gutachten vom 7. März 1903 auf Grund obiger, die Klägerin beherrschenden falschen Vorstellungen zu dem Schluß gelangt, daß Klägerin noch mit einer partiellen Geistesstörung behaftet ist. Seine dabei ausgesprochene Ansicht, daß diese geistige Störung aber nicht derart sei, daß eine allgemeine geistige Erkrankung als vorhanden angesehen werden müsse, hat er nunmehr fallen lassen. Er hat nach erneuter Untersuchung und Beobachtung der Klägerin gefunden, einerseits, daß die Idee, rechtliche Eigentümerin des Grundstücks zu sein, bei ihr in letzter Zeit zu einer weiteren Verwirrung ihrer Auffassung bezüglich aller einschlägigen Verhältnisse geführt hat, andererseits, daß ihre Krankheitseinsicht jetzt gegen früher getrübt ist. Indem er seiner Ansicht nochmals dahin Ausdruck gibt, daß Klägerin bei sonst nicht ungenügenden Geisteskräften an einer umschriebenen Wahnvorstellung leide und außerdem früher zeitweise an akuten Erregungszuständen gelitten habe, deren Wiederkehr nicht ausgeschlossen sei, und außerdem nunmehr als weiter festgestellt ansieht, daß auch eine gewisse geistige Abschwächung bei der Klägerin vorhanden, infolgedessen sie ihre früheren geistigen Störungen richtig zu beurteilen außerstande wäre, hält er es, um der Kranken den Rest ihres Vermögens zu erhalten, eventuell sie zu verhindern, sogar den Ertrag ihres Auszuges oder ihrer Arbeit mit

Prozessieren zu vergeuden. für nötig, daß die Entmündigung nicht aufgehoben werde.

Das Medizinalkollegium . . ., welches in seinem Gutachten vom 2. April 1903 sich bereits dahin ausgesprochen hatte, daß die obengedachte falsche Vorstellung als eine Wahnidee bezeichnet werden müsse, die, wenn auch im fachwissenschaftlichen Sinne als partielle Geistesstörung zu bezeichnen, doch eine Umwandlung der ganzen geistigen Persönlichkeit der Klägerin bedeute, so daß diese ganz allgemein und nicht bloß für einen bestimmten Kreis von Verrichtungen handlungsunfähig wäre, hat dem Nachtragsgutachten des Dr. Kornfeld zugestimmt.

Auf Grund des Resultates der persönlichen Vernehmung der Klägerin in Verbindung mit dem Gutachten der Sachverständigen sieht das Berufungsgericht auch als erwiesen an, daß die geistige Erkrankung der Klägerin noch fortbesteht. Es hält indessen in Anlehnung an die Sachverständigen, insbesondere in Anlehnung an das Gutachten des Medizinalkollegiums vom 2. April 1903, dessen Schlußsatz wörtlich lautet: „Bei der relativ wohlerhaltenen formalen Denktüchtigkeit und geistigen Energie der G. wird sie indes nicht als geisteskrank, sondern nur als geistesschwach im Sinne des Gesetzes zu erachten sein“, den geistigen Defekt der Klägerin in Anbetracht, daß die verschiedenen Wahnideen, die seinerzeit den Grund zur Entmündigung gelegt haben, nicht mehr erkennbar sind, daß Klägerin nachweisbar zurzeit nur von einer Wahnidee beherrscht wird, daß sich im übrigen aber ihr Geisteszustand derart gebessert hat, daß sie, was früher nicht der Fall gewesen, sich um ihr Hauswesen und ihre Kinder kümmert, ihre Wirtschaft auch in guten Stande hält, nunmehr nur für derart beschaffen, daß Klägerin nicht wie ein Kind gänzlich geschäftsunfähig, sondern nach Art eines Minderjährigen, der das siebente Lebensjahr vollendet hat, nur in beschränkter Weise geschäftsfähig erscheint, mit anderen Worten, daß Klägerin nicht an Geisteskrankheit im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches, sondern an der leichteren geistigen Anomalie, an Geistesschwäche, leidet. Immerhin ist aber die Geistesschwäche, und das wollte das Medizinalkollegium, wie aus dem Schlußsatz seines Gutachtens hervorgeht, auch nur sagen, wenn es die Klägerin als ganz allgemein handlungsunfähig bezeichnet, derart, daß Klägerin infolgedessen alle ihre Angelegenheiten in vernünftiger Weise nicht zu besorgen vermag. Sie würde, wenn die Entmündigung aufgehoben würde, behufs Wiedererlangung des Grundstückes sofort aussichtslose Prozesse teils gegen den jetzigen Besitzer M., teils gegen ihren früheren Pfleger B. anstrengen, sie würde ferner mit dem Strafgesetz in Konflikt kommen, da zu erwarten ist, daß sie ihre Ausfälle und Beschimpfungen gegen die Vormünder B. und M. mehr denn je fortsetzen würde; sie würde sich vielleicht auch gewaltsam in den Besitz des Grundstückes setzen wollen und sich sogar zu Tätlichkeiten gegen M. hinreißen lassen; sie würde den Gemeindevorsteher, den Amtsvorsteher mit Eingaben belästigen und diese, sowie ihre Nachbarn und andere Dorfbewohner, die ihr bei ihrem vermeintlichen Recht nicht zu Willen wären.

Haß und Schimpf verfolgen. Alles dieses würde hinwiederum Rückgang haben auf die Vermögensverhältnisse und auf die geistige Gesundheit Klägerin. Ihr Vermögen würde durch die fortwährenden Prozesse und durch, daß sie infolge dieser Prozesse sich nicht genügend um ihre Wirtschaft kümmern, diese vernachlässigen würde, gefährdet und nach und nach verzehrt werden. Klägerin würde sich aber auch in einer fortwährenden Erregung und seelischen Erregtheit befinden und dadurch ihren ohnedies kranken Geisteszustand auf das Höchste gefährden.

Hiernach ist anzunehmen, daß die freie Willensbestimmung der Klägerin durch die vorhandene Wahnidee in einer solchen Weise beeinträchtigt ist, Klägerin in erheblichem Maße an der Besorgung aller ihrer Angelegenheiten gefährdet würde. Die Entmündigung selbst muß daher aufrecht erhalten bleiben; wohl aber ist mit Rücksicht auf den Unterschied, der in der Leistung der Geschäftsfähigkeit zwischen einem wegen Geisteskrankheit und Geisteschwäche Entmündigten besteht (Cfr. §§ 104 ff. Bürgerlichen Gesetzes) dem Eventualantrage der Klägerin stattzugeben und auszusprechen, die Entmündigung nur wegen Geistesschwäche bestehen bleibt. (Verf. B.G.B. Bd. 50 D. 203 ff.) — Da insonderheit auch die Berufung von dem Kläger gewesen, ist hinsichtlich der Kosten § 92 Z.P.O. angewendet und demgemäß, wie geschehen, erkannt worden.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

88. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 2. Dezember 1905.

Anwesend sind die Herren *Adelt-Lüben, Bonhöffer-, Chotzen-, Eick-O. Förster-, C. S. Freund-, Fuchs-, Hahn-, Hauschild-Breslau, Heilemann-Bunzlau, Jacobi-Breslau, Kleudgen-Obernigk, Köbisch-, Kramer-, Krause-Kutner-Breslau, Lehmann-Brieg, Mertz-Branitz, Müller-Breslau, Neisser-Bunzlau Nicolauer-, Pawel-Breslau, Peickert-Görlitz, Przewodnik-Lublinitz, Riemann-Breslau, Rother-Tost, H. Sachs-, Schröder-Breslau, Schütze-Kreuzburg von Schuckmann-, Seemann-Rybnik, Wartmann-Breslau.*

Der Vorsitzende Herr *Bonhöffer*: Meine Herren. Ehe wir in unsere wissenschaftliche Tagesordnung eintreten, möchte ich Sie bitten daran zu denken, daß unser Verein seit dem letzten Zusammensein schwere Verluste gehabt hat. Unsere beiden Ehrenmitglieder *Karl Wernicke* und *Heinrich Laehr* sind gestorben.

Als wir heute vor einem Jahr hier in dieser Versammlung *Wernicke* zum Ehrenmitglied ernannten in dankbarer Erinnerung an die reiche wissenschaftliche Förderung, die der Verein in den langen Jahren seiner Vorstandschaft durch ihn gehabt hat, und in dem Wunsche, ihn durch diese Ernennung auch noch weiter mit uns zu verbinden, da hatte niemand gedacht, daß diese Arbeitskraft, die noch mitten im Schaffen stand, von deren Originalität und großem klinischen Blicke die Wissenschaft noch vieles erwartete, in wenigen Monaten durch ein tragisches Geschick vernichtet sein würde.

Heinrich Laehr ist am natürlichen Ende eines langen erfolgreichen Lebens gestorben.

Es ist für uns eine eigenartige Empfindung, wenn uns der heutige Tag das Andenken dieser beiden Männer gleichzeitig vor Augen führt. Sind sie doch gewissermaßen jeder für sich die Verkörperung der beiden unser Fach zusammensetzenden Grundrichtungen.

Wernicke auf der einen Seite, dem die Wissenschaft, die theoretische Erfassung des Wesens der Geisteskrankheiten, das Bemühen, diese als gestörte Gehirnfunktion zu verstehen, Ziel und einzige Lebensaufgabe bis zum letzten Augenblicke war. Seinem nach vorwärts und den eigenen Wegen zugewandten

te lag die historische Betrachtung fern, und die praktischen Fragen betrafen ihn wenig. *Laehr* auf der anderen, dem wir die Geschichte unseres Landes verdanken, und dessen ganzes Leben der Krankenbehandlung und den praktischen Fragen der Irrenfürsorge in anerkannter Selbstlosigkeit und mit größten Erfolge gewidmet war.

Beide haben in ihrer gegenseitigen Beurteilung im Leben oft vor allem die Trennende gesehen. Für uns ist es leicht, in beiden das Gemeinsame menschlicher Größe zu erblicken. Beide waren klar ausgesprochene Persönlichkeiten, erfüllt von einer nie ermüdenden Hingabe an das ihnen vorlebende Lebensziel. Jeder in seiner Art und Bedeutung wird von uns nicht vergessen werden.

Ein dritter Verlust hat uns mit dem Tode eines jungen Kollegen, des *Dr. Weissinger* in Tost, betroffen. Er ist einer Knochentuberkulose, er in der Überlastung des Anstaltsdienstes nicht die nötige Pflege widmen konnte, erlegen.

Herr *O. Förster*-Breslau demonstriert einen Fall von hysterischer Bewegungsstörung im Bereiche des linken Augenlides.

Der frühere Stahlarbeiter *S.* verunglückte vor fünf Jahren dadurch, daß ein Stahlsplitter ins linke Auge fuhr. Eine Verletzung des Auges fand statt. Er stand damals lange in augenärztlicher Behandlung wegen der Lichtscheu und einer funktionellen Amblyopie des linken Auges. Er trug längere Zeit einen Okklusivverband. Nach Ablegen desselben konnte er das linke Auge nicht mehr öffnen.

Gegenwärtig bietet er folgende Störung. Das linke Auge steht dauernd geschlossen, man sieht die Lider linkerseits in kurzen Zwischenräumen noch starkte Schlußbewegungen ausführen, wobei das rechte Auge jedesmal mitzwickelt. Die linke Augenbraue ist verzogen. Sie verläuft nicht wie die rechte in hohem Bogen, sondern bildet nur einen flachen Bogen, deren äußeres Ende tiefer steht als das innere. Die rechte Stirnhälfte zeigt tiefe Horizontalfurchen, während diese linkerseits verstrichen sind. Dagegen ist die linke Nasolabialfalte tiefer gefurcht als die rechte.

Versucht man passiv das linke Auge zu öffnen, indem man die Lider auseinanderzieht, so stößt man auf einen erheblichen Widerstand seitens des *bicularis oculi*. Je stärker man zu öffnen sucht, um so mehr wächst dieser Widerstand, und als Ausdruck der vermehrten Gegenaktion der linken Lidmuskulatur ist es anzusehen, daß sich auch das rechte Auge mit schließt. Will man die Lidöffnung zu ertrotzen, so gerät der Kranke am ganzen Körper in starkes Zittern, alle Muskeln spannen sich an, die Konjunktiven injizieren sich stark, das linke Auge tränt stark, der Puls beschleunigt sich, und der Kranke gerät ins Taumeln.

Fordert man den Kranken auf das linke Auge aktiv zu öffnen, so ist bemerkenswert, daß tatsächlich den Öffnern ein kräftiger Impuls zugeht, die Lider rasch linkerseits stark, die linke Augenbraue wird emporgezogen,

auch das obere Lid hebt sich etwas. Dennoch aber kommt der Effekt der Lidöffnung nicht zustande, weil sich gleichzeitig die Lidschließer verstärk anspannen und in dem Maße, als die Lidöffner sich kontrahieren, sich der Öffnung widersetzen und das Lid nur noch fester schließen. Auf der Höhe der Anstrengung treten ganz dieselben Erscheinungen wie beim Versuche passiv das Auge zu öffnen auf, fast alle Muskeln des Körpers spannen sich an, es entsteht lebhaftes Zittern, Tränenfluß, Pulsbeschleunigung; zur Öffnung des Auges kommt es aber nicht.

Sucht man, während der Kranke aktiv das Auge zu öffnen bestrebt ist, ihn passiv zu unterstützen, so ist die Gegenspannung der Lidschließer nur eine um so größere, das rechte Auge schließt sich nun auch mit und in dem Kampfe zwischen Lidöffnern und Lidschließern behalten letztere dauernd die Oberhand.

Der Kranke bietet außerdem noch folgende Erscheinungen. Rechts besteht starke konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes, links ist das Gesichtsfeld gar nicht zu prüfen. Ferner besteht Druckempfindlichkeit der N. infra- und supraorbitalis links; ferner eine starke Abschwächung der willkürlichen Dorsalflexion und Plantarflexion des Fußes beiderseits ohne Störungen der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln und ohne Störungen dieser Bewegungen beim Gange. Achilles- und Patellareflexe normal. An beiden Beinen totale Anästhesie und Analgesie bis zum Knie aufwärts. Hier schneidet die Sensibilitätsstörung scharf ab.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß es sich um eine hysterische Affektio handelt. Den Hauptwert lege ich bei meiner Demonstration auf die Bewegungsstörung am Augenlide, welche durch folgende Punkte charakterisiert wird: erstens durch die dauernde Veränderung der Ruhelage der Lider infolge einer Dauerspannung der Lidschließer, zweitens durch starke Gegenanspannung der Lidschließer beim Versuche, das Auge passiv zu öffnen, und endlich drittens dadurch, daß beim Versuche, das Auge aktiv zu öffnen, außer der starken Innervation der Agonisten d. i. der Lidöffner eine übermäßige starke Innervation der Antagonisten d. i. der Lidschließer erfolgt.

Dieses Verhalten ist für eine bestimmte Gruppe von Bewegungsstörungen bei der Hysterie geradezu charakteristisch. In diese Gruppe gehört die pseudospastische Parese Fürstners und gehört die spastische Form der hysterischen Hemiplegie und Monoplegie — die schlaffe Form ist entschieden erheblich seltener. — Vortragender hat in diesem Verein vor einem Jahre einen Kranken mit spastischer hysterischer Hemiplegie demonstriert und die genannten Hauptkennzeichen der Bewegungsstörung hervorgehoben. Die Veränderung der Ruhelage der Glieder bestand am Bein nur in einer leichten Innenrotation — dieselbe bestand auch in vier anderen beobachteten Fällen spastischer hysterischer Hemiplegie; am Arm stand der Oberarm ganz adduziert, der Vorderarm stark gebeugt, die Hand proniert in gerader Verlängerung des Vorderarms, die Finger waren im Metakarpophalangealgelenk fast rechtwinklig gebeugt, in den Interphalangealgelenken nur sehr wenig

aktiert, der Daumen stand dem Zeige- und Mittelfinger opponiert — genau dieselbe Veränderung der Ruhelage an der ob. Extr. bestand in den vier anderen Fällen hysterischer Hemiplegie und zwei weiteren Fällen von hysterischer spastischer Monoplegia brachii, welche Vortragender beobachtet hat. — Als zweites Merkmal der Bewegungsstörung bestand eine Erschwerung der passiven Bewegungen: jede einzelne Muskelgruppe setzt dem Versuche der passiven Dehnung ganz beträchtlichen Widerstand entgegen, und dieser spastische Widerstand ist über alle Muskelgruppen gleichmäßig verteilt, speziell in zwei entgegengesetzt wirkenden Gruppen wie den Dorsalflexoren und Plantarflexoren des Fußes, den Beugern und Streckern des Knies, den Abduktoren und Adduktoren des Oberschenkels, den Extensoren und Flexoren der Finger, den Extensoren und Flexoren der Hand, den Supinatoren und Pronatoren des Vorderarms usw. usw. annähernd gleich entwickelt. In dieser gleichen Verteilung des Widerstandes bei passiven Bewegungen liegt ein richtiges differential-diagnostisches Merkmal gegenüber der organisch bedingten Hemiplegie. Drittens ist nun charakteristisch, daß bei dem Versuche, aktive Bewegungen auszuführen, die Agonisten einen Impuls erhalten und sich auch anspannen, daß aber gleichzeitig die Antagonisten stark mitinnerviert und angespannt werden, wovon man sich durch Palpation leicht überzeugen kann. Durch diese abnorme Mitinnervation der Antagonisten kommt der intendierte Bewegungszustand entweder gar nicht zustande, oder aber die Bewegung gelingt nur langsam und abgesetzt und ist durch fortwährende kleine Exkursionen im Sinne der Antagonisten unterbrochen; gleichzeitig werden des öfteren noch andere weiter entlegene Muskelgruppen mit angespannt, es kommt gelegentlich zu starken Zitterbewegungen des ganzen Körpers. Bezeichnend für die hysterische Hemiplegie ist auch hier wieder, daß diese abnorme Mitinnervation der Antagonisten bei jeder einzelnen Bewegung auf der hemiplegischen Seite, also z. B. bei der Dorsal- und Plantarflexion des Fußes, in gleichem Maße auftritt, die Bewegungsbeschränkung betrifft zwei einander entgegengerichtete Bewegungen immer in derselben Weise, während die organische Hemiplegie bekanntlich die Dorsalflexion lähmt, die Plantarflexion frei läßt usw.

Zu den spastischen hysterischen Bewegungsstörungen gehört zweifellos auch die häufige von *Wernicke* besonders hervorgehobene Störung der Atmung, die sogenannte Phrenicusinsuffizienz. Diese besteht darin, daß zwar die Inspiratoren sich anspannen, die Rippen heben sich auch ganz ausgiebig, die Auxiliärmuskeln, der Sternocleidomastoideus, die oberste Portion des Trapezius usw. spannen sich sogar stark an. Mit den Inspiratoren spannen sich aber die Antagonisten d. i. die Bauchmuskeln abnorm an, dieselben ziehen die unteren Rippen abwärts, und statt daß das Epigastrium sich vorwölbt, wie bei der normalen Einatmung, senkt sich dasselbe im Gegenteil stark ein infolge der starken Gegenwirkung der Bauchmuskeln, von deren Spannung man sich leicht durch Palpation überzeugen kann. Ob überhaupt eine mangelnde Beteiligung des Zwerchfells mitspielt, ist meines Erachtens noch nicht erwiesen.

Die spastischen Hemi- und Monoplegien bei der Hysterie fand ich stets vergesellschaftet mit einer ausgesprochenen Hyperästhesie der tiefen Teile der affizierten Glieder. Bereits Druck auf die Muskeln, besonders aber Dehnung derselben und ihrer Sehnen, wie sie bei jeder passiven und aktiven Bewegung stattfinden, sind für den Kranken äußerst schmerzhaft. Das Bestehen dieser tiefen Hyperästhesie ist von großer Wichtigkeit, weil möglicherweise die Bewegungsstörung aus ihr wenigstens zum Teil abzuleiten ist. Diese letztere nämlich kommt im wesentlichen hinaus auf eine krampfartige Fixation der Glieder in der Stellung, welche sie einnehmen bzw. bei welcher die geringste Spontanschmerzhaftigkeit vorhanden ist — die Abweichung der Glieder von der Normalstellung entspricht zum Teil derjenigen, welche beim chronischen schmerzhaften Gelenk-Muskelrheumatismus eingenommen wird — und daß sich die Muskeln jedem Versuche die Stellung zu ändern, was mit starken Schmerzen verknüpft sein würde, widersetzen. Für diese Ableitung der spastischen Bewegungsstörung aus einer Hyperästhesie bringt nun meines Erachtens auch der heutige Fall einen Beleg. In ihm besteht nämlich und bestand von Anfang an bedeutende Lichtscheu. Die Bewegungsstörung läßt sich im vorliegenden Falle als Reaktion auf diese Lichtscheu als eine Art Schutzmaßregel gegen sie auffassen.

Damit ist nun aber nicht gesagt, daß die spastische Bewegungsstörung ganz allein als eine Art normaler Reaktion auf die gesteigerte Empfindlichkeit anzusehen ist, sondern es kommt zu dieser letzteren sicher noch ein anderes Moment hinzu, welches bedingt, daß der hysterische Kranke auf die bestehende Hyperästhesie doch wesentlich anders reagiert als ein sonst Gesunder mit derselben Hyperästhesie der tiefen Teile oder derselben Lichtscheu. Doch würde es zu weit führen, dieses Moment hier näher zu beleuchten. Es handelt sich meines Erachtens um den Fortfall eines normaliter vorhandenen Hemmungsmechanismus.

Diskussion: Herr C. S. Freund, Sachs, Bonhöffer.

Herr Förster (Schlußwort): Die Anfrage von Herrn Professor Bonhöffer möchte ich dahin beantworten, daß ich natürlich nicht der Meinung bin, daß sämtliche Bewegungsstörungen bei der Hysterie durch das von mir demonstrierte Verhalten charakterisiert würden, sondern es gibt zweifellos auch noch ganz anders geartete Motilitätsstörungen (schlaife Lähmungen, schlaife Hemiplegien). Andererseits kommt auch das demonstrierte Verhalten bei ganz anderen Affektionen als bei Hysterie vor, bei den akinetischen Zuständen der Geisteskranken, zum Teil auch bei den Pyramidenbahnerkrankungen, bei der Paralysis agitans; und sicherlich bietet, äußerlich betrachtet, unser Kranker auch keinen wesentlichen Unterschied von jemandem, der sich absichtlich vornimmt das Lid, während er sich dazu anstrengt, doch nicht zu öffnen. Der Unterschied zwischen dem letzteren und dem hysterischen liegt in der Hauptsache auf rein subjektivem Gebiete. Bei ersterem entspricht die Mitinnervation der Lidschließer einer willkürlichen ad hoc vorhandenen Intention, beim Hysteriker entsteht sie ganz unwillkürlich, er kämpft mit seinem Willen gegen sie

a, überwindet sie aber nicht. Ein weiterer Unterschied liegt aber doch darin, daß beim Gesunden die starke Irradiation der Impulse auf alle möglichen entfernten Muskelgruppen und die Zitterbewegungen fehlen, welche beim Hysterischen so auffallend hervortreten.

Herr *Kramer* - Breslau: Hämatomyelie nach Schädeltrauma. Meine Herren. Der Patient, den ich mir Ihnen vorzustellen erlaube, hat am 1. Juli dieses Jahres einen schweren Unfall erlitten. Er wurde mit dem Kopf zwischen einen Eisenbahnwagen und eine Wand derart eingeklemmt, daß er erst durch Fortschieben des Wagens aus seiner schlimmen Lage, in der er sich etwa 2—3 Minuten befunden hatte, befreit werden konnte. Er war sofort bewußlos, blutete stark aus Ohr, Mund und Nase. Er kam bald ins armherzige Brüderkloster, woselbst ein Schädelbruch und ein linksseitiger Interkieferrbruch konstatiert wurde. Nachdem er von dort am 5. August entlassen worden war, kam er in Behandlung unserer Poliklinik; seitdem ist sein Zustand unverändert derselbe gewesen, wie er ihn auch heute noch zeigt. Das, was an dem Patienten zuerst auffällt, ist die vollständige linksseitige Facialislähmung. Die elektrische Untersuchung ergibt komplette Entartungsreaktion. Ferner ist Patient auf dem linken Ohre vollkommen taub, und zwar trägt diese Taubheit den Charakter der zentralen Hörstörung, doch besteht außerdem noch eine Trommelfellruptur. Ferner leidet Patient an Schwindel, bei Augenschluß findet erhebliches Schwanken statt. Der Geschmack ist an der linken Zungenhälfte aufgehoben, die linke Gaumensegelhälfte hängt etwas herunter und wird geringer innerviert als die rechte. Alle diese Symptome lassen sich zwanglos durch eine Basisfraktur erklären und zwar durch einen Sprung, der durch das Felsenbein geht und dort den Facialis und Akustikus lädiert. In der Tat ergibt die Röntgenuntersuchung auch heute noch die Anzeichen einer Basisfraktur, außerdem aber finden sich noch an der Halswirbelsäule leichte Veränderungen, die darauf hinweisen, daß auch hier Infraktionen an einzelnen Gelenkfortsätzen stattgefunden haben. Es finden sich nun bei dem Patienten noch eine Anzahl Symptome, die sich nicht ohne weiteres durch die Basisfraktur erklären lassen. Es besteht eine linksseitige Stimmbandlähmung, ferner besteht eine Lähmung des linken Cucullaris mit Entartungsreaktion, und außerdem findet sich eine Sensibilitätsstörung, welche beiderseits in der oberen Hälfte der Brust, etwa in Höhe der dritten Rippe, (links etwas tiefer als rechts) beginnt, sich vorn und seitlich bis an die Trigeminusgrenze erstreckt, hinten jedoch kontinuierlich über den Kopf bis an die Stirn reicht. Außerdem findet sich beiderseits eine fleckweise Störung im Gebiete des zweiten Trigeminusastes unterhalb des Auges. Die Sensibilitätsstörung besteht nur für Schmerz- und Temperaturempfindung. Die Berührungsempfindung ist intakt. Zu erwähnen ist noch, daß an dem linken Unterkieferast sich der von der Fraktur herrührende Kallus noch findet, sowie, daß die linksseitige Supraclavikulargrube sowie die Halswirbelsäule auf Druck schmerzhaft sind.

Die erwähnten Symptome, besonders die Sensibilitätsstörung, die in ihrer Verbreitung der 1. bis 4. Cervikalwurzel und einem Teil des Trigemina entspricht, weisen mit Sicherheit auf eine Mitbeteiligung der Cervikalwurzel hin, und zwar liegen hier zwei Möglichkeiten vor. Entweder sind die Wurzeln bei ihrem Austritte aus der Wirbelsäule direkt geschädigt, oder es handelt sich um eine intraspinale Affektion. Ich möchte nun die letztere Möglichkeit für die durchaus wahrscheinlichere halten. Denn einmal sind die Knochenveränderungen an der Halbwirbelsäule durchaus nicht hochgradig genug, um eine so starke Läsion fast aller sensiblen Halswurzeln beider Seiten zu erklären, ferner wäre es auch auffallend, daß bei einer so starken Läsion der sensiblen Wurzeln die motorischen verhältnismäßig so wenig beteiligt sind. Und ferner sind auch die Schmerzen für eine Wurzelläsion zu gering. Für die intraspinale Natur der Affektion spricht dagegen einmal die Doppelseitigkeit der sensiblen Störung, ferner die Dissoziation, außerdem das Übergreifen auf den Trigeminus; die hier zu konstatierenden Grenzen entsprechen durchaus dem, was wir bei Affektionen der spinalen Quintuswurzel, so z. B. bei der Syringomyelie, finden. Auch erklärt sich durch die Annahme eines intramedullären Herdes die Stimmbandlähmung zwanglos, da der Nucleus ambiguus sehr leicht zusammen mit der spinalen Quintuswurzel betroffen werden kann. Ebenso erklärt sich die Cucullarislähmung, da sich der Rekurrenzkern spinalwärts unmittelbar an den Nucleus ambiguus anschließt. Wir hätten also danach anzunehmen eine langgestreckte röhrenförmige Blutung, die sich in den beiderseitigen Hinterhörnern vom vierten Cervikalsegment bis hinauf in die unteren Gegenden des spinalen Quintusursprunges erstreckt. Auf der linken Seite greift die Blutung auf den Rekurrenzkern und den Nucleus ambiguus über. — Meine Herren, derartige röhrenförmige Blutungen sind ja bei Wirbelsäulenverletzungen, auch wenn dieselben zu keinen schwereren Veränderungen der Wirbelsäule geführt haben, nicht selten beobachtet worden, spielen sich aber dann meist in tieferen Teilen des Rückenmarks und zwar meist in unteren Teile des Halsmarks, oder im Lendenmark und Conus terminalis ab. In dem oberen Halsmark mit Übergreifen auf die Medulla oblongata sind sie verhältnismäßig recht selten und stellen auch, wenn sie eine etwas größere Ausdehnung annehmen, in dieser Gegend eine außerordentlich große Lebensgefahr dar. — Zum Schluß möchte ich noch kurz darauf hinweisen, daß das Symptombild, wie wir es hier vor uns haben, außerordentliche Ähnlichkeit besitzt mit der Syringomyelie, wenn dieselbe sich in den gleichen Gegenden abspielt, und ich erlaube mir, Ihnen die Sensibilitätschemata von zwei Fällen von Syringobulbie zu demonstrieren, die in ihrer Verbreitung außerordentliche Ähnlichkeit mit unserem Falle zeigen. In beiden Fällen besteht auch Stimmbandlähmung.

Herr O. Förster-Breslau: Zur Kasuistik und Deutung des akinetischen Symptomenkomplexes.

(Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.)

Diskussion: Herren Neisser, Bonhöffer, Förster.

Herr Chotzen: Mischzustände von Epilepsie und Alkoholumus.

Bei trinkenden Epileptikern kommen auch, aber selten, die typischen Alkoholpsychosen vor, zumeist sind sie modifiziert durch mehr oder weniger gedehnte Beimengung epileptischer Symptome. Die dadurch entstehenden eigsten Mischformen werden kurz skizziert. Sie schließen sich meist an epileptische Anfälle an, können aber auch ohne solche in der gleichen Form treten; es kommen somit in sonst typischen Alkoholpsychosen vereinzelte fremde Symptome vor, die der degenerativen Grundlage entspringen, es entstehen ganz atypische Formen akuter Psychosen bei schweren Alkoholisten. Auch ohne vorangegangene Anfälle kann man solche vielleicht der angegebenen Kombination erklären, da der Alkohol, der so häufig latente epileptische Anlage erst manifest macht, dabei ebenso wie die Anfälle auch psychische Symptome der Epilepsie hervorrufen kann. Insbesondere nach langjährigem Alkoholismus und häufigen Erkrankungen sieht man, wie ein mitgeteiltes Beispiel zeigt, an Stelle der anfangs typischen Alkoholpsychosen immer mehr atypische Formen treten.

Vielleicht können nun Alkoholkrankungen auch den epileptischen Stupor wachrufen, wie ja postepileptisch eine Verbindung des Stupors mit dem Alkoholdelirium nicht selten ist. Es werden Beispiele alkoholistischer Erkrankungen mit motorischen Symptomen mitgeteilt, bei denen nach dem ganzen Habitus und dem Verlauf diese Annahme wahrscheinlicher ist, als bei einer reinen Alkoholkrankung, bei der das Vorkommen solcher motorischen Symptome noch durchaus fraglich ist. Bei den pathologischen Mischzuständen der Epileptiker und Traumatiker dagegen findet man auch rein motorische Formen, selbst von protrahierterem Verlauf.

(Der Vortrag wird mit Krankengeschichten im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie veröffentlicht werden.)

Diskussion: Herr O. Förster: Der Herr Vortragende hat Zweifel ausgesprochen, ob man berechtigt ist von einem Stupor alcoholicus zu reden, ich dies in meinem Vortrage (der akinetische Symptomenkomplex) getan. Ich möchte bemerken, daß ich diesen Ausdruck so verstanden habe, daß bei einem notorischen chronischen Potator, der bis dahin geistig immer gesund gewesen ist, unter dem Einflusse ganz besonders starker Alkoholexzesse nach einem kurzen deliranten Prodromalstadium sich ein Bild typischen Stupors mit Bewegungslosigkeit, Negativismus und Katalepsie entwickelt hat, welches eine Weile anhielt und dann unter langsamer Aufhellung des Bewußtseins allmählich abklang und total heilte, ohne den geringsten Defekt zu hinterlassen. Ich weiß ja allerdings nicht, ob mein Kranker später noch einmal Epileptiker werden wird, weiß auch nicht, ob andere Krankheiten, deren Ausdruck der abgelaufene Stuporzustand sein könnte, sich später entwickeln werden. So lange aber ich die Bezeichnungsweise Stupor alcoholicus aufrecht halten, möchte ich doch ausdrücken, daß der Stupor bei einem Alkoholisten ohne irgend eine

andere Entstehungsursache auftrat und durch Alkoholentziehung vollkommen heilte.

Herr *Kutner*-Breslau: Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose zirkumskripter und diffuser organischer Gehirnkrankungen.

Bei drei Fällen, bei denen in vivo neben allgemeinen Hirnerscheinungen ganz bekannte Lokalsymptome bestanden und daher Diagnose Tumor bzw. Abszeß gestellt wurde, ergab die Sektion einen diffusen Hirnprozeß. In dem ersten Falle hatte ein akuter entzündlicher Hydrocephalus einen Abszeß des linken Stirnhirns vorgetäuscht; in dem zweiten eine genuine Epilepsie einen Tumor bzw. eine Zyste in der rechten motorischen Rindenzone; in dem dritten eine *Lissauersche* atypische Parafocale ebenfals einen Tumor in der rechten motorischen Rindenregion.

Der Vortragende geht auf die Ursachen der Fehldiagnosen näher ein und warnt besonders vor Überschätzung einiger als charakteristisch angesehenen Lokalsymptome.

(Der Vortrag erscheint in der medizinischen Klinik.)

Diskussion: Herr *O. Förster*: Ich möchte den Vortragenden fragen, ob er daran gedacht hat, in dem Falle 2 seiner Demonstration die linksseitigen epileptischen Anfälle auf die bei der Sektion gefundene Affektion der linken Kleinhirnhemisphäre zu beziehen. Es kommen nämlich bei Kleinhirnkrankungen, besonders bei den atrophischen Sklerosen des Cerebellum, nicht selten typische epileptische Anfälle vor, welche bei einseitigem Sitz in der betroffenen Kleinhirnhemisphäre gleichseitigen Körperhälften entsprechen und im wesentlichen auf sie beschränkt bleiben.

Herr *Kutner*: Ob der Ausgangspunkt des pathologischen Prozesses in dem zweiten Falle in dem linken Kleinhirn zu suchen ist, oder ob seine Ätiologie eine sekundäre ist, muß bis zum Abschluß der mikroskopischen Untersuchung des Gehirns unentschieden bleiben. Jedenfalls zeigt aber schon das makroskopische Bild (diffuse Verwachsungen der Pia), daß auch das Großhirn diffus und zwar rechts mehr wie links affiziert ist.

Herr *Chotzen*: An die von Herrn *F.* angedeutete Möglichkeit des Zusammenhangs haben wir auch gedacht; es sprach für sie deutlich die Größe und der Verkleinerung der Kleinhirnhälfte. Indessen soll erst die vollständige mikroskopische Untersuchung für die Entscheidung maßgebend sein.

Herr *Bonhöffer*: Ich kann dem Herrn Vortragenden nur darin beistimmen, daß man vorsichtig darin sein muß, aus dem Auftreten von halbseitigen sogenannten kortikalen Krämpfen auf einen wirklich kortikalen Sitz der Affektion zu schließen. Auch das gehäufte Auftreten von *Jakson'schen* Anfällen, das mir früher fast pathognomonisch für einen Rindenherd meist frischen Charakters (vor allem Oberflächenblutung oder ausgedehntes Hämatom der Dura) galt, hat diese pathognomonische Bedeutung nicht. Es sind mir da

in sehr deutlicher Erinnerung, in denen auch das Auftreten von solchen seitigen, scheinbar von einem Rindenterritorium zum anderen fortschreitenden klinischen Krämpfen im Zusammenhang mit anderen Herderscheinungen Fehldiagnose eines kortikalen, beziehungsweise in der Nähe des ex sitzenden Herdes veranlaßt hat. Der eine Fall betrifft das eben von Herrn Vortragenden besprochene junge Mädchen. Der kortikale Charakter Anfälle, die daran anschließenden residuären Ausfallserscheinungen, die Regelmäßigkeit der Anfälle im Laufe des Tages waren bei dieser Patientin so charakteristisch, daß ich zum zweitenmal, als ich nach einem Zwischenraum zehn Jahren die Patientin, ohne mich ihrer zu erinnern, wiedersah, die Fehldiagnose auf eine Rindenaffektion stellte und die Operation in der ich diskutierte. Hoffentlich bringt bei diesem Falle die genauere anatomische Untersuchung noch eine Aufklärung, die mir in einem zweiten erinnerlichen Falle nicht zuteil wurde. Es handelte sich da um eine ältere Frau, die gelegentlich — niemals gehäuft — halbseitige Anfälle zeigte, motorisch hemiparetische Symptome, Hemianopsie, Taststörung und augenärztlich feststellte beginnende Stauungspapillen zeigte. Die Operation unterblieb schließlich, weil die Patientin sich weigerte, sich operieren zu lassen. Die Autopsie ließ jeden groben Befund vermissen, auch kein Hydrocephalus war vorhanden. Der Fall ist dem von *Nonne* veröffentlichten anzureihen. Ein drittes und viertes Mal fand ich halbseitige Anfälle durch einen starken halbseitigen, entzündlichen (?) Hydrocephalus internus bedingt.

Herr *Nicolauer*-Breslau: Im Anschluß an die Ausführungen des Vorredners wird über drei Fälle berichtet, bei denen die Diagnose in vita auf diffuse Hirnerkrankung gestellt wurde, während die Sektion das Vorhandensein von Tumoren ergab.

Im ersten Fall handelt es sich um einen 59jährigen Potator strenuus, der zunächst den *Korsakoff*schen Symptomenkomplex aufwies, bei dem allmählich Herdsymptome, sowohl Reiz- als auch Ausfallserscheinungen, auftraten, die auf eine bulbäre Störung hinwiesen, ohne daß die Ursache derselben deutlich erkannt werden konnte. Die Sektion ergab in dem Winkelischen Pons, Medulla und Kleinhirn rechterseits einen kleinapfelgroßen, beweglichen Tumor, der den Hirnstamm nach links hinübergedrängt hatte. Histologisch erwies sich die Geschwulst als ein teilweise verfettetes Fibrom.

Im zweiten Fall, der ebenfalls einen an der Grenze des Seniums stehenden Mann betraf, war die Diagnose auf arteriosklerotische Hirnerkrankung gestellt worden, während die Sektion ergab, daß fast der ganze rechte Schläfenlappen von einer zur Klasse der Sarkome gehörenden Geschwulst eingenommen war, die sich nach hinten bis in das Occipitalhirn hinein erstreckte.

Im dritten Fall bot ein 61jähriger Potator, der zuerst mit psychischen Erscheinungen (Abnahme der Intelligenz, deliranten Zuständen) erkrankt war, das Bild einer Pseudobulbärparalyse, die auf multiple Läsionen der Groß-

hirnrinde zurückgeführt wurde. Bei der Sektion fanden sich drei e wallnußgroße, gut abgekapselte Tumoren, einer im rechten Stirnhirn. beiden anderen links, in der vorderen Zentralwindung resp. im Thalamus. Zu erwähnen ist, daß der Kranke ein Jahr vorher wegen eines Rundzell sarkoms am Bein operiert war.

Allen drei Fällen gemeinsam war, daß charakteristische allgemeine Tumorsymptome so gut wie völlig fehlten.

Die anatomischen Präparate wurden demonstriert.

(Der Vortrag soll demnächst in extenso erscheinen.)

Diskussion: Herr O. Förster: Ich möchte zu der vom Herrn V tragenden berührten Beziehung von Gleichgewichtsstörungen bei Erkrankung des Schläfelappens ein kurzes Wort äußern. Diese Gleichgewichtsstörungen kommen nicht nur bei Tumoren, sondern — das ist meines Erachtens wesentliche — auch bei Erweichungen des Schläfelappens vor, und z besteht nach meiner Erfahrung die Neigung, nach der der Erkrankung geg überliegenden Seite zu fallen. Diese Beziehung des Schläfelappens z Körpergleichgewicht findet ihren anatomischen Ausdruck in dem Verla des Türkschen Bündels, welches als ein motorisches Bündel in der Ru des Schläfelappens entspringt, durch den Hirnschenkelfuß (äußeres Fünf verläuft und vorzüglich im pontinen Grau endet; aus dem pontinen Grau z entspringt (gekreuzt) der Brücken-Kleinhirnnarm. Auf diese Weise steht je Schläfelappen mit der gekreuzten Kleinhirnhälfte in Beziehung, welche ihr seits zu der ihr homolateralen Körperhälfte Beziehung hat. Wenn also d Schläfelappen einerseits vestibuläre Merkmale zugehen, so überträgt er n Verwertung derselben mittels des Türkschen Bündels und Kleinhirns übrigens auch zum Teil direkt, dem Rückenmark und den Muskeln motorisc Impulse, die zur Gleichgewichtserhaltung dienen.

117. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. Dezember 1905.

Anwesend die Herren: Dr. Adam-Herzberge a. G., Ascher-Berlin, Bend Berlin, Birnbaum-Herzberge a. G., Bratz-Wuhlgarten, Bunnemann-Ballenstedt, Max Edel-Charlottenburg, Eicke-Herzberge, Falkenberg-Herzberge, Försterin Herzberge, Fraenkel-Lankwitz, Fries-Nietleben, Gallus-Potsdam, Gock-Land berg a. W., Goldstein-Groß-Lichterfelde, Guttstadt-Berlin, Hebold-Wuhlgate Hempel-Wuhlgarten a. G., Henneberg-Berlin, Hopf-Potsdam, Hoffmann-Eber walde, Klipstein-Dalldorf, Kluge-Potsdam, Kron-Berlin a. G., Hans Lach Schweizerhof, Max Levy-Berlin a. G., Loewenthal-Berlin, Marthen-Landsber a. W., Matthies-Dalldorf, Mittenzweig-Herzberge, Möller-Berlin, Mucha-Fran Buchholz, Munter-Berlin, Oliven-Lankwitz, Prang-Landsberg a. W. a. G.

A-Herzberge, Richter-Dalldorf, Sander-Dalldorf, B. Schaefer-Charlottenz., Schmidt-Wuhlgarten, Schmidt-Herzberge, Seeger-Lübben, Seelig-Herzge, Sklarek-Dalldorf, Spliedt-Eberswalde, Vial-Herzberge a. G., Viedenzswalde, van Vleuten-Dalldorf, Veit-Wuhlgarten a. G., Waldschmidt-rlottenburg, Wandel-Herzberge a. G., Weiler-Westend, Werner-Dalldorf, ker-Bergquell a. G., Ziehen-Berlin, W. Zinn-Berlin a. G., Zimm-Eberswalde.

Dem Verein sind als Mitglieder beigetreten: Sanitätsrat Dr. H. Kronlin und Dr. Veit Assistenzarzt-Wuhlgarten.

Am Vorstandstisch: Gock, Sander, Ziehen.

Vorsitzender: Sander.

Nach Begrüßung der Anwesenden durch den Vorsitzenden hält Herr die Gedenkrede auf *Heinrich Laehr*.

Meine sehr geehrten Herren Kollegen!

Wohl niemand dürfte unter uns sein, den in die heutige Sitzung des psychiatrischen Vereins nicht ein Gefühl von Wehmut und Trauer begleitet. Ist und bleibt doch heute unter uns der Platz leer, auf dem wir von dem her unser allverehrtes Mitglied Geheimrat Professor Dr. *Heinrich Laehr* sehen gewohnt sind. Noch haben wir ihn vor wenigen Monaten in der eigenen körperlichen Rüstigkeit und geistigen Frische an der Junierung unseres Vereins teilnehmen sehen, unverändert in Haltung und Blick. Ich einmal durften wir ihm in das ehrwürdige Antlitz schauen, in dem die gekürzte Weisheit des vielerfahrenen Alten mit der lebendigen Teilnahme im Herzen stets Junggebliebenen zu so harmonischem Ausdruck sich band. Es sollte das letzte Mal sein. Nach kurzer Krankheit hat am 1. August ein sanfter Tod seinem Leben und Wirken ein Ziel gesetzt. Unser verehrter Ehrenpräsident und Meister *Heinrich Laehr* ist tot, an durch seiner eigenen Hände Fleiß geweihter tannenumschatteter Stätte ruht er aus in einem selten reichen und arbeitsvollen Leben; seine Werke aber überuern ihn, und vielfache Frucht trägt die Saat, die er in steter emsiger Arbeit, in edler selbstloser Menschenliebe gesät hat.

Heinrich Laehr war der Begründer unseres psychiatrischen Vereins, sein erster langjähriger Vorsitzender, sein allzeit treubereiter Helfer und Förderer. war es, der nach Übernahme der Redaktion der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie im Jahre 1858¹⁾ allen seinen Fachkollegen voran die Irrrenten zu gemeinsamer Arbeit, zu persönlicher Annäherung und damit zu erhöhter Wirksamkeit zum Besten der Geisteskranken und zur Förderung des wissenschaftlichen Überwaches überhaupt zu sammeln sich bemühte. In der Überzeugung, daß, wie er sagte,²⁾ „die auf gegenseitige Achtung sich stützende Einheit ebenso das Suchen nach der Wahrheit als den Kampf für die Wahrheit erleichtert“, hat *Laehr* als einer der ersten und eifrigsten Wortführer immer

¹⁾ Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 15.

²⁾ Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 17 Anhang S. 50.

wieder seine Stimme erhoben für die Notwendigkeit gemeinsamen Zusammengehens zur Hebung und Förderung der Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Wohl hatte schon 1842¹⁾ auf *Damerows* Anregung die „Gesellschaft von Deutschlands Irrenärzten“ sich gebildet und zu ihrer Hauptaufgabe die Herausgabe der Zeitschrift für Psychiatrie gemacht. Als selbstständige Vereinigung war sie sonst aber nicht weiter hervorgetreten und hatte ihre Sitzungen in einer besonderen psychiatrischen Sektion der Naturforscherversammlung angegliedert. Dadurch erfuhr der speziell psychiatrische Nutzen und Gewinn dieser Zusammenkünfte eine gewisse Einschränkung, ebenso zersplitterte sich der persönliche Verkehr und Gedankenaustausch der Psychiater nur allzuleicht. *Laehr* erkannte diese Mängel in der Organisation der Gesellschaft von Deutschlands Irrenärzten sehr bald und damit gleichzeitig die Notwendigkeit sie zu beheben, um der Psychiatrie und den Irrenärzten den Einfluß zu sichern, welchen das Interesse unserer Disziplin, unserer Kranken und unseres Gemeinwesens verlangt. „Sollen“, so führte er ungefähr aus: „wir uns der Fortschritte und Früchte unserer Arbeit erfreuen, so dürfen wir nicht feiern, sondern müssen zur Verständigung über viele Fragen einer Zersplitterung der Kräfte vorbeugen. Die Wahrheit muß dabei nicht bloß erkannt, sondern auch zur Anerkennung gebracht werden.“ — Worte, die wir uns auch heute noch in die Seele klingen lassen dürfen. — Sein Heerruf fand Anklang und Gefolgschaft, und so konnte *Laehr* im September 1860²⁾ die erste selbstständige Versammlung deutscher Irrenärzte in Eisenach begrüßen. Unter dem Vorsitz von *Damerow* und *Martini* bildeten den Gegenstand der Beratungen Fragen über Unterbringung und Erziehung von Idioten, die Regelung der Fürsorge für heilbare und unheilbare gemeingefährliche Geisteskrankte, über die vom ärztlichen wie vom finanziellen Standpunkt beste und rationellste Form von Anstaltsbauten, die Ausarbeitung einer Irrengesetzgebung, die Einrichtung psychiatrischer Lehrstühle und Kliniken an allen deutschen Universitäten mit der Forderung, daß die Psychiatrie obligatorischer Lehrgegenstand werde. So waren die vitalsten Fragen des gesamten Irrenwesens in diesem Programm enthalten. Neues psychiatrisches Leben war erwacht und gelangte, getragen und genährt von ihrem Berufe und der Fürsorge für ihre Kranken mit begeisterter Hingabe ergebenden Männern, zu fruchtbringender Entfaltung. Wie mancherlei Fortschritte, wie viele Erfolge hat der Verstorbene in seiner langen psychiatrischen Laufbahn seit jener Zeit nicht miterleben und sich ihrer als Mitstreiter und Mitarbeiter erfreuen dürfen?

Laehr wurde zum Sekretär der Versammlung ernannt, und gleich hier tritt er uns mit einem seinem Streben und seiner Liebe für seinen Beruf und seine Wissenschaft sehr charakteristischen feinen Zug seines Wesens entgegen. Er teilt der Versammlung mit, daß die finanzielle Lage der All-

¹⁾ Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 18 S. 799.

²⁾ Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 27. Supplementheft S. IV/V.

³⁾ Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 17 Anhang.

meinen Zeitschrift für Psychiatrie es gestatte, für das nächste Jahr einen Preis von 20 Friedrichsdor für eine die Wissenschaft fördernde Abhandlung auszusetzen.

War mit der Eisenacher Versammlung der Grundstein gelegt, auf dem die Vereinigung der deutschen Psychiater sich aufbauen konnte, so dauerte es doch noch vier Jahre, bis sie verwirklicht, vollendet und geweiht werden sollte. Die Meinungen, ob ein loser Zusammenschluß oder ein fest begründeter auf bestimmter Satzung basierter Verein wirksamer und vorzuziehen sei, gingen auseinander. *Laehr* nahm eine vermittelnde Stellung ein, er war ein Dränger und Stürmer, er konnte warten und den Meinungen Zeit zur Klärung lassen in der festen Überzeugung, daß auf die Dauer die große Bedeutung gemeinsamer Arbeit und gemeinsamen Vorgehens durchdringen müsse. Im so emsiger arbeitete er für diese Idee in seiner Zeitschrift, er sorgte dafür, daß diese gemeinsamen Beratungen der Fachgenossen zunächst in zwangloser Form alljährlich sich wiederholten, und machte in der ihm eigenen schlichten und warmherzigen Berichterstattung über die Versammlungen die beste Propaganda. Der Erfolg blieb nicht aus, und im September 1864¹⁾ konstituierte sich zu Frankfurt am Main „der deutsche Verein der Irrenärzte“. Erster Schriftführer im Vorstände wie in den Versammlungen wurde satzungsgemäß der jeweilige Redakteur der psychiatrischen Zeitschrift. Damit trat *Laehr* in den Vorstand des Vereins ein, der später den Namen „Verein deutscher Irrenärzte“ führte und seit 1903 auch auf *Laehrs* Vorschlag „Deutscher Verein für Psychiatrie“ sich nennt. Über vierzig Jahre hat *Laehr* ihm angehört und in ihm in der erfolgreichsten Weise gewirkt, er hat in keiner Versammlung gefehlt, bis seit dem Jahre 1900 ihm Beschwerden des Alters das Reisen zu den Versammlungen verboten. Ging es ohne das ab, so war er getreulich zur Stelle, und 1901, als der Verein hier in Berlin seine Jahresversammlung abhielt, ist *Laehr*, von allen Seiten auf das lebhafteste begrüßt, zum letzten Male am Vorstandstisch des Vereins der deutschen Irrenärzte erschienen. Bis an sein Lebensende hat er das geistige Band mit dem Verein aufrecht erhalten, nie hat er vergessen, seinen Gruß und seine Anteilnahme den versammelten Kollegen zu vermitteln und zu bekunden, wie sehr sein Denken und Sinnen sich mit den Interessen und Aufgaben des Vereins allzeit beschäftigte. Zu diesen zählte er, wie damals in jungen Jahren in Eisenach, so auch später die Förderung von Studien durch Stellung von Preisaufgaben und ähnlichem, und im Verfolg dieses Gedankens überreichte er in seiner hochherzigen Weise 1903 als Grundstock eines nach seiner Ansicht hierzu notwendigen Kapitals von 100 000 M. dem Verein 50 000 M. zur weiteren Verfügung im Sinne des Stifters. Welch bessere Bezeichnung konnte der deutsche Verein für Psychiatrie diesem Fonds geben als den Namen „Laehr-Stiftung“, wenn es auch nicht leicht war, die Zustimmung des ebenso verdienten als bescheidenen Spenders dazu zu erlangen.

¹⁾ Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 21. Anhang.

Dem Hauptzug seines Wesens, dem alles Oberflächliche, Flüchtige fremd war, entsprach es, daß er nie ohne umfassende Vorarbeiten, verbunden mit der genauesten Durchsicht der Literatur und vielfältigen Umfragen bei den einschlägigen Autoren, mit seinen Mitteilungen und Vorschlägen vor die Versammlung trat. Sie betrafen die verschiedensten Gebiete der Irrenfürsorge und galten vorwiegend der Klärung und Bekämpfung von Vorurteilen gegen die Irren und Irrenanstalten: So hat er, um nur ein Beispiel anzuführen, das Gespenst der widerrechtlichen Freiheitsberaubung, daß Nichtgeisteskrankte in Irrenanstalten, den öffentlichen wie privaten, zurückgehalten werden könnten, dadurch am nachdrücklichsten heimgeleuchtet, daß er feststellte, daß auch nicht ein einziger Fall der Art nachgewiesen sei. Und durch die Widerlegungen von der Wahrheit dieses Satzes schloß er im Jahre 1887 die Diskussion über seinen Vortrag mit den Worten¹⁾: „er sei überzeugt, daß in einem halben Jahrhundert die Kenntnis der Sachlage so weit vorgeschritten sein werde, daß man schwer werde begreifen können, warum man fünfzig Jahre früher die Irrenanstalten nicht in die Reihe der übrigen Krankenhäuser eingereiht gestellt habe.“ Daß wir schon jetzt so weit sind, daß der Satz „Irrenanstalten sind Krankenanstalten“ in der öffentlichen Meinung unumschränkt als Anerkennung begegnet, daß er Gemeingut aller geworden ist, das können wir uns auch heute noch nicht ungemischter Freude ergeben. So fest begründet, bewährt und erprobt die Richtigkeit jenes Satzes auch erscheint, so ist doch vor neuen Angriffen auf ihre Berechtigung nicht für immer gesichert. Und die Zeichen der Zeit — ich erinnere nur an die Anschauungen über die Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken, die schwebenden Fragen über die geistig Minderwertigen und ihre Unterbringung, die gelegentliche Verquickung von Sicherungs- und Irrenanstalten — geben uns und der nachwachsenden psychiatrischen Generation allen Anlaß, auf der Wacht zu sein und mit aller Energie dafür einzutreten, daß der Charakter unserer Irrenanstalten als Krankenanstalten nicht erschüttert und verschoben wird, auf daß die Vorhersage unseres *Laehr* wenigstens in der vorausgesagten Zeitspanne endlich auch erfüllt werde.

Nachdem so unter *Laehrs* werktätiger Mitwirkung der Verein der deutschen Irrenärzte sich konsolidiert hatte, stellte sich, wie er selbst sich ausdrückte, alsbald das Bedürfnis heraus, die Wirksamkeit des Vereins durch die Bildung von kleineren Lokalverbänden noch weiter zu heben und zu vervollkommen; und wiederum war es hier *Laehr*, der bei jeder Gelegenheit dazu anregte und aufforderte. Seiner Initiative dankte im besonderen uns der psychiatrische Verein zu Berlin sein Entstehen. Es war im Oktober 1886 als gelegentlich einer zufälligen Zusammenkunft einer Anzahl befreundeter psychiatrischer Kollegen hier in Berlin — die Jahresversammlung der deutschen Irrenärzte war ebenso wie die Naturforscherversammlung der politisch

¹⁾ Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 44.

²⁾ Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 23 S. 598.

Verhältnisse wegen ausgefallen — *Laehr* und andere die Gründung eines Berliner Lokalvereins beschlossen. Nach einer nochmaligen Vorberatung im März 1867 konstituierte sich dann am 15. Juni 1867¹⁾ der psychiatrische Verein zu Berlin. *Laehr* wurde zum Vorsitzenden gewählt und ist es geblieben, bis er im Jahre 1899 infolge beginnender Schwerhörigkeit die Leitung der Sitzung abgab. Mit unermüdlicher Tatkraft war er von Anfang an bestrebt, Zwecke und Ziele des Vereins zu pflegen, zu beleben und zu fördern. Nur klein war die Schar der Mitglieder, und es war zuzeiten nicht leicht, den Verein lebensfähig zu erhalten. *Laehrs* hervorragende Begabung als Vorsitzender, sein Geschick, seine zähe Willenskraft, sein eiserner Fleiß führten den Verein sicher über alle Klippen hinweg. Immer war er mit anregenden, zahlreichen Vorträgen und interessanten Mitteilungen zur Stelle, seine außerordentliche Arbeitskraft versagte nie, wiederholt hielt er mehrere Vorträge in einer Sitzung. Sein Beispiel und Vorbild verfehlte seine Wirkung nicht, sein Wohlwollen und sein Interesse, das er jedem Mitgliede, insonderheit der heranwachsenden psychiatrischen Jugend in seiner eigenen feinnüchternen Weise entgegenbrachte, mehrte die Zahl der Mitarbeiter. So konnte er zu seiner Freude den Verein immer mehr wachsen und gedeihen sehen. Immer größer wurde die Zahl derer, die der Zugehörigkeit zu dem Verein und der Teilnahme an seinen Sitzungen Anregung, Belehrung und Förderung, erneute Berufsfreudigkeit und Erfrischung dankten. Und wußte *Laehr* über einunddreißig Jahre hindurch meisterhaft für die Arbeiten in der Sitzung zu sorgen, so verstand er ebenso trefflich den persönlichen Verkehr und die freundschaftliche Annäherung der Kollegen nach getaner Arbeit beim „Sitzten“ zu fördern. Wie mancher unter den Mitgliedern des Vereins darf sich auch da selten schöne Stunden erinnern!

Durchdrungen von der großen volkswirtschaftlichen Bedeutung der Psychiatrie für den einzelnen wie für die Allgemeinheit war ihm das Streben, der Irrenheilkunde den ihrer Bedeutung entsprechenden Platz an der Sonne zu erwirken und zu sichern, alles. Dafür hat er sein ganzes Leben lang gestrebt und gearbeitet.

Als eins der wirksamsten Mittel hierfür hat er von jeher die Verbesserung und Ausdehnung der Irrenfürsorge über das ganze Land hin durch Einrichtung zahlreicher Irrenanstalten angesehen, um so möglichst viele Impfstellen zu schaffen, von denen die Lymphe der Aufklärung in das Verständnis des Publikums eindringen könnte. Um so freudiger ist er dann auch jederzeit dem Rufe gefolgt, an der Einrichtung solcher Anstalten mit Rat und Tat mitzuhelfen. Und in welch hohem Grade er dazu befähigt war, und mit welch rührender Fürsorge für seine Kranken und einem seiner Zeit weit vorausschauenden Blick seine Vorschläge und Entwürfe durchwirkte waren, davon zeugen heute noch hier in nächster Nähe die Landesirrenanstalt zu Eberswalde, die Anstalten für Schwachsinnige und Epileptische zu Potsdam

¹⁾ Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 24 S. 531.

und weiter in Deutschland die Anstalten in Lengerich, Grafenberg, Schwern und Owinsk. Wie ihm alles, was nur irgend zur Förderung des Irrenwesens dienen konnte, am Herzen lag, so brachte er auch der Gründung von Hilfsvereinen zur Unterstützung Geisteskranker lebhaftes und werktätiges Interesse entgegen, und mit seiner besonderen Unterstützung¹⁾ ist im Jahre 1873 der Brandenburgische Hilfsverein für Geisteskranke zu Eberswalde von seinem um das Irrenwesen der Provinz Brandenburg insbesondere verdienten Freunde *Zinn* ins Leben gerufen worden. *Zinn* war auf *Laehr's* Empfehlung, die gestützt auf eine seltene Personen- und Menschenkenntnis schon früh in psychiatrischen Personalfragen hoch bewertet war, in die Provinz Brandenburg gekommen, und bald sind beide Männer in der Liebe und der Arbeit für ihren Beruf nahe Freunde geworden. Und so verschieden diese beiden Männer die wir so oft hier in unserem Verein Seite an Seite gesehen, nach ihrem Lebensgang und in ihrer Persönlichkeit auch waren, ein gemeinsamer Zug ihres Wesens hatte sie sich schon in ihrer ersten psychiatrischen Laufbahn nahegebracht, das war die freimütige, warmherzige Art, mit der sie auf bestehende Mißstände in der Irrenpflege öffentlich hinwiesen und Reformen vorschlugen. So hat *Laehr* 1853 ein „Offenes Sendschreiben über die gegenwärtige Umgestaltung der hiesigen Irrenpflege“ an den Magistrat und Gemeinderat von Berlin gerichtet und stellte *Zinn* 1863 dem großen Rat von Zürich eine Denkschrift zu „Über die öffentliche Irrenpflege im Kanton Zürich und die Notwendigkeit ihrer Reform“. Jeder der beiden Männer kein Freund persönlichen Streites, haben sie um der Sache willen, um ihrer wohl erwogenen und tief begründeten Überzeugung Bahn zu brechen, um von Irrwegen abzulenken, auch den Kampf nicht gescheut und siegreich durchgeführt. Beide Rufer im Streit, wann und wo es sein mußte, haben sie, jeder in seiner Art, außerordentliches weit über ihren engeren Berufskreis hinaus geleistet und sind so unserm Verein allzeit eine besondere Zierde gewesen. Und rufe ich hier in unserem Verein die Manen dieser beiden Männer, so fügt im Geist von selbst ein dritter sich zu und tritt den beiden Freunden zur Seite, unser unvergeßlicher *Jolly* mit seiner überaus glücklichen harmonischen Persönlichkeit, seinem feinen sonnigen Wesen, seinem klaren durchdringenden Verstande und seiner sicheren zu Herzen gehenden Bredsamkeit. Was war in diesen drei Männern, die der Verein so lange mit Stolz die seinen nennen durfte, nicht an Arbeit und Erfahrung, an Wissen und Forschen, an Kampf und Erfolg, an Fortschritten der Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis, was vor allem nicht an selbstloser Hingabe und Aufopferung an und für ihren Beruf verkörpert? Ja, ist es zu viel gesagt, daß wenn es uns gelingt, den Geist dieser drei Männer in unseren Reihen weiter zu pflegen und zu hegen und der nachwachsenden psychiatrischen Generation fortdauernd zu vererben, daß es dann allzeit gut um die Irrenheilkunde, um unseren Beruf und unsere Kranken bestellt sein wird?

¹⁾ Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 30 S. 50 u. S. 335.

Lachr ist als letzter dieses seltenen psychiatrischen Dreigestirns von gegangen. Mehr als vierzigmal hat er hier im Verein in längeren Vorträgen und Mitteilungen in seiner gemessenen, klaren und eindrucksvollen Weise zu uns gesprochen. Und es gibt wohl kaum einen Teil der praktischen Nervenheilkunde, den er nicht zum Gegenstand seines Interesses gemacht, an dem er nicht treibend und helfend mitgewirkt hätte. Einer seiner letzten Vorträge behandelte „Die Errichtung von Heilstätten für minderbemittelte Nervenkrankende“. ¹⁾ Aus der Erfahrung heraus, daß gerade auch unter den minderbemittelten eine große Anzahl von Kranken sich befand, welche zur Genesung zwar keiner Irrenanstalt, aber doch der Anstaltsbehandlung bedurften, hatten bereits *Benda*, *Krafft-Ebing* und später vor allem *Moebius* darauf hingewiesen, daß für diese Art Kranke, welche es galt vor dem Verlust der Arbeitsunfähigkeit und dem Übergang in Geistesstörung zu bewahren, besonders gesorgt sei. *Lachr* half mit der Tat. Seinem hilfsbereiten Beispiel folgten sich andere an, und so konnte alsbald die Anstalt „Haus Schönow“ als erste deutsche Anstalt für minderbemittelte Nervenkrankende in einer dankenswerthen freigebiger Unterstützung außergewöhnlich hohen Vollendung der Anlagen und Einrichtungen ins Leben treten. Und es konnte kaum eine größere Freude dem Achtzigjährigen werden, als der Erfolg dieser Anstalt unter Leitung seines für diese Aufgabe besonders eingehend vorbereiteten jüngsten Sohnes.

Unermüdlich folgte *Lachr* dem großen Gebiete der Psychiatrie auf allen möglichen Wegen, und so verstand es sich gleichsam von selbst, daß er der Bekämpfung gegen den Alkoholmißbrauch, die so häufige Ursache geistiger Erkrankung, sein Interesse entgegenbrachte. Er gehörte dem Vorstand des Vereins für die Bekämpfung des Trunks in Berlin gegen den Mißbrauch geistiger Getränke an und hatte die Trinkerheilanstalt Waldfrieden bei Fürstenwalde mitbegründet und ausgebaut. Noch 1902²⁾ hat er hier im Verein den Jahresbericht dieser Anstalt mit erläuternden und empfehlenden Worten begleitet und der Hoffnung Ausdruck verliehen, daß sich auch diese Anstalt nach dem Vorbild der Anstalten für Psychisch-Kranke bald eines ärztlichen Direktors erfreuen möge.

Zur Begründung einer Stiftung, deren Zweck *Lachr* bestimmen sollte, hatte ihm der Verein seinerzeit 1000 M überreicht. *Lachr*, der uns in diesem schönen Hause das Gastrecht erwirkt hatte, verwendete diese Summe dazu, dieses Gastrecht abzulösen und dem Verein hier eine bleibende Stätte zu sichern. So hat unser Verein dem Verstorbenen nach jeder Richtung hin ein Überordentliches zu danken, er hat in *Lachr* mit sein treuestes Mitglied verloren. Mit ihm ist der besten einer dahingegangen, ein Mann und Psychiater aus einem Guß, durch Gaben des Geistes und des Gemütes gleich ausgezeichnet für seinen Beruf. So ragt seine hohe Gestalt aus der Mitte des vorigen Jahrhunderts, aus der Zeit der Erhebung der deutschen Psychiatrie

¹⁾ Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 55 S. 97.

²⁾ Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 59.

herüber in unsere Tage als mächtiger Erbe des Geistes von Männern wie *Jacobi, Nasse, Roller, Flemming, Jessen, Damerow* und anderen mehr. *Zu Sagan* am 10. März 1820 geboren, absolvierte *Laehr* seine medizinischen Studien zu Berlin und Halle. Als man hier daran ging,¹⁾ die in enger Straße der Stadt Halle befindliche Irrenanstalt, in welcher *Reil* und *Nasse* gewirkt haben, an landschaftlich hervorragender Stelle, die dem angehenden Arzt und seinen Freunden auf ihren Spaziergängen als Erholungsstätte lieb geworden war, von neuem erstehen zu lassen, wurde in ihm der Gedanke, sich der Psychiatrie zu widmen, lebendig. Und an derselben Stelle, an der er so oft mit seinem Freund und Kollegen *Hausleutner* über die rätselhaften psychischen Vorgänge im Gehirn gesprochen hatte, gaben sich die beiden jungen Freunde eines Abends das Versprechen, an dieser Stätte, wenn sie erst durch den Bau einer Heilanstalt geheiligt wäre, Belehrung zu suchen und, wenn möglich, als Assistenten einzutreten. So kam *Laehr* dazu — wie er uns selbst berichtet — Psychiater zu werden. Und bezeichnend ist es, wie die beiden Freunde ihren Entschluß verwirklichten. In der Erkenntnis, daß ohne genügende Kenntnisse der Störungen aller körperlichen Organe die der psychischen Funktionen schwierig sein müsse, beschlossen sie, die nächsten fünf Jahre nach dem Staatsexamen für ihre weitere medizinische Ausbildung zu verwenden und sich nicht mit Psychiatrie zu beschäftigen. Erst so vorbereitet glaubten sie sich an die Psychiatrie und an die Psychosen heranwagen zu dürfen, die ihnen als „die Krönung“ des ärztlichen Wissens erschien. „An diesem Entschlusse“²⁾, so schreibt *Laehr*, „habe ich meinerseits streng festgehalten und Assistentenstellen an verschiedenen Krankenanstalten bekleidet, ihnen die damals noch nötigen Kurse in Prag und Wien angereicht, zur Befestigung meines Charakters auch ein Jahr lang in einem sandigen Waldorte, von wo der nächste Arzt vier Meilen entfernt war, und dann ein Jahr in einem großen Orte mich aufgehalten, um auch diese Art der Praxis kennen zu lernen, für welche ich keine besondere Neigung gewann.“ Erst nach Ablauf dieser sich selbst gesetzten Vorbereitungszeit trat er in die Hallenser Anstalt unter *Damerow* als Volontär ein. Bald rückte er zum II. Arzt vor, und brachten ihn seine nahen Beziehungen zu *Damerow* mit fast allen namhaften Irrenärzten der damaligen Zeit in engere Verbindung. Zunehmend gewann er an Achtung und Ansehen, das er durch seine Berichte in *Canstatts Jahrbüchern* für die Jahre 1850—54 und namentlich durch seine Schrift „Über Irresein und Irrenanstalten“³⁾ noch weiter vermehrte. Dieses Buch ist die Frucht seiner Hallenser Tätigkeit, in ihm tritt uns schon der ganze *Laehr* in seiner lauter, gemütvollen, tiefgründigen Eigenart entgegen. Die erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen nun auch in einer selbständigen Stellung zu erproben, schied

¹⁾ *Laehr*, Schweizerhof. Geschichte der Anstalt 1903 S. 5 u. ff.

²⁾ a. a. O. S. 6.

³⁾ Halle 1852.

; wenn auch nicht ohne inneren Kampf, aus seiner gesicherten Hallenser Stellung aus und brach, wie er sagt, „um Kraft zu gewinnen“ jede Brücke hinter sich ab. Er ging nach Berlin in der Hoffnung, hier an den so nötigen Formen der städtischen Irrenpflege mitarbeiten zu können. Er fand jedoch statt eines Wirkungskreises nur wohlwollende Worte, und so entschloß er sich dann, eine eigene Privatheilanstalt für Geisteskranke zu gründen, nachdem er sich vorher noch auf dem Gute Brunow bei Eberswalde die dazu nach seiner Ansicht unentbehrlichen landwirtschaftlichen Kenntnisse angeeignet hatte; „denn er wollte nicht etwas leiten, wozu ihm die Kenntnisse fehlten.“ Am 12. Dezember 1853 erwarb er in Zehlendorf bei Berlin den Grund und Boden, auf dem er die Anstalt „Schweizerhof“ zu der allgemein bekannten und anerkannten überaus erfolgreichen Entwicklung gebracht hat. Mit dieser seiner eigensten Schöpfung bezeugte er in glänzender Weise, wie er sein Wissen in Können umzuwerten verstand. „Sein Fleiß, seine Arbeitskraft, die Ordnung und Uneigennützigkeit seiner Person, sein auf alles Große gerichteter Sinn, sein Blick und Verständnis für die Eigenart seiner Kranken, die vielseitige musterhafte Organisation, welche er der Anstalt gab, und nicht zuletzt die ausgezeichneten Gaben der Gattin, das glückliche Familienleben, das sich entwickelte, schufen in Schweizerhof eine Anstaltsgemeinde edelster Art.“ So wuchs die Bedeutung der Anstalt von Jahr zu Jahr, und *Laehr* erwarb sich bald ein derartiges öffentliches Ansehen, daß er weit über seine Privatanstalt hinaus der Ratgeber der Behörden und Vertraute seiner Kollegen an den öffentlichen Anstalten wurde. Und wenn es noch eines Beweises bedarf, daß die Privatanstalten — darunter verstehe ich die nach Art der öffentlichen Irrenanstalten eingerichteten unter ärztlicher Leitung stehenden Privatanstalten — ein Bedürfnis, ein wichtiges und unentbehrliches Glied in der Kette der Fürsorgeeinrichtungen für Psychisch-Kranke sind, so kann der Beweis nicht besser erbracht werden als durch die Geschichte und die Ergebnisse dieser Anstalt.

Überzeugt, daß für ein erfolgreiches Wirken der Irrenanstalten die tatkräftige und allseitige Unterstützung der Bevölkerung unentbehrlich, ja daß der Schwerpunkt der praktischen Irrenheilkunde in der öffentlichen Meinung gelegen ist, strebte *Laehr* vor allem nach Popularisierung und Unterstützung der Irrenpflege durch die öffentlichen Kräfte. So hat er sich vor allem auch darum verdient gemacht, daß die Kenntnis von der Wirksamkeit der Irrenanstalten durch regelmäßige Berichterstattung und Austausch der Anstaltsberichte weiteren Kreisen, insbesondere den Behörden, zugänglich gemacht, und so das Zutrauen zu den Anstalten erhöht wurde. Und was er selbst in seiner Zeitschrift für diese Zwecke und zugleich für das gesamte Irrenwesen des In- und Auslands überhaupt geleistet hat, bleibt unvergängliches Gut. Und wenn damals bei Übertragung der Redaktion der Zeitschrift an Dr. *Heinrich Laehr* die bisherigen Redakteure *Damerow*, *Fleming* und *Roller* von ihm sagen konnten, „daß sein in literarischer und praktischer Tüchtigkeit und Rührigkeit bewährter lauterer Name dem Vertrauen der Herausgeber

wie der Zukunft der Zeitschrift volle Bürgschaft gibt“, so ist *Lachar* diese Verheißung glänzend gerecht geworden.

Besonderen Wert legte er namentlich auch darauf, die Gesamtheit der Ärzte zur Mitwirkung an der Irrenfürsorge heranzuziehen und ihnen, wo er nur konnte, die dazu nötigen Kenntnisse nahe zu bringen. So übersetzte er die klinischen Vorträge *Guislains* über die Geisteskrankheiten, deren Autor ihn ob seiner tiefen gemütvollen Schreibweise besonders anzog. Und nicht zuletzt aus den gleichen Gesichtspunkten heraus suchte er sein ganzes Leben hindurch Beziehungen zu der Ärzteschaft im allgemeinen als auch zu den Vertretern anderer ärztlicher Disziplinen wachzuhalten und zu pflegen. Er gründete den Verein der Ärzte des Kreises Teltow und leitete ihn bis zuletzt. Regelmäßig besuchte er in Berlin die Zusammenkünfte der ärztlichen Gesellschaft Heimia und ebenso die Sitzungen der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde. Einige Jahre gehörte er der Ärztekammer Berlin-Brandenburg als Vorstandsmitglied an und war längere Zeit als Hilfsarbeiter in der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen tätig.

1889 übertrug er die Leitung von Schweizerhof seinen Söhnen, nicht weil er die Arbeit nicht mehr hätte leisten können, nein, weil er die Zeit gekommen sah, ihnen den berechtigten Anspruch auf Selbständigkeit und die Freude daran nicht länger vorzuenthalten. Und wie getrost und unbesorgt er sein Werk seinen Söhnen überlassen konnte, das zeigte ihm die gleiche erfreuliche Weiterentwicklung der Anstalt, auf die nun von der Zinne des Patriarchen in inniger väterlicher Herzensfreude herabschauend er seltenem Glückes teilhaftig geworden ist.

Seine Arbeitsfreudigkeit blieb immer die gleiche. Mit Vorliebe widmete er sich geschichtlichen Studien über Psychiatrie und war mit geradezu rührender Liebe zur Sache und peinlichster Sorgfalt bestrebt, alles zu durchforschen und zu sammeln, was irgend eine Seite derselben erhellen, was ihr Ansehen und ihre Stellung irgendwie fördern konnte. Seine Zusammenstellung der Irrenanstalten Deutschlands (Berlin 1861) wurde ein immer mehr gesuchtes Nachschlagebuch, das unter dem Titel „Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, der Schweiz und den benachbarten deutschen Ländern“ regelmäßig wiederkehrende Auflagen erlebte und so Gelegenheit bot, sich schnell und leicht über die Ausdehnung der Irrenfürsorge eines Landes zu orientieren. Eine Fundgrube verschiedenartiger Daten aus dem Entwicklungsgange der Psychiatrie bildeten seine wiederholt vermehrten „Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hilfsdisziplinen in allen Ländern“. Und was er an Zeit und an Arbeitskraft und nicht zuletzt an Geld für die Begründung und Förderung eines zuverlässigen Quellenstudiums der Geschichte der Psychiatrie aufgewendet hat, davon zeugt vor allem sein großes Werk „Über die Literatur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie von 1459 bis 1799“, dessen erste Vorarbeiten er dem fünfzigjährigen Jubiläum der Anstalten Illenau und Nettleben als Huldigungsgabe zum ehrenden Andenken an die Erstehung der deutschen Irrenpflege dar-

machte. *Laehr* verkörperte ein halbes Jahrhundert psychiatrischer Entwicklungsgeschichte in seiner Person, er wäre, wie nur irgendeiner, berufen gewesen, eine Geschichte der Psychiatrie zu schreiben, es ist ihm nicht mehr ergönnt gewesen; immer werden aber seine Arbeiten die Grundsteine zu solchen Werken abgeben. Er ist literarisch außerordentlich produktiv gewesen, nicht alles habe ich anführen können, wie es denn schier unmöglich ist, ein so reiches Leben in einem Zuge erschöpfend darzustellen und alles zu sagen, was des Sagens wert ist. Und so insbesondere, was dieser Mann einen Kranken und ihren Angehörigen gewesen ist, wer vermag dem in Worten gerecht zu werden? Zahlreiche Zeichen äußerer Anerkennung sind ihm zuteil geworden, er nahm sie mit wohlwollendem Dank entgegen, indem er in ihnen mit der Ehrung seiner Person vielmehr noch eine solche des ganzen Standes erblickt wissen wollte.

So hat *Heinrich Laehr* durch sein Leben und Wirken der deutschen Psychiatrie und dem Irrenwesen überhaupt unvergängliche Dienste geleistet. Mit ihm schwindet der Zeuge eines ganzen Zeitalters der Psychiatrie, die ihm so außerordentlich viel zu danken hat. Und barg die Zeit, in der er seine psychiatrische Laufbahn begann, auch eine Reihe dem Erfolg günstiger Umstände in sich, so waren es in erster und letzter Linie immer wieder seine persönlichen Eigenschaften, die ihn zu einem so erfolgreichen Leben berufen machten. Ein Ehrenmann vom Scheitel bis zur Sohle, war er eine in seinem Gott und seinem Gewissen gefestigte, in sich geschlossene Persönlichkeit, an der alles Schlechte und Unreine abprallte, von der das Dichterwort gilt:

„Und hinter ihm, im wesenlosen Scheine
Lag, was uns alle bändigt, das Gemeine.“

Seine vornehme Gesinnung, seine uneigennützig von edelster Humanität getragene Hingabe an seinen Beruf, sein für seine Kranken wie für seine Wissenschaft gleich warm pulsierendes Herz, verbunden mit ausgezeichneten Gaben des Geistes machten ihn für seinen Beruf und die Erfüllung seiner Lebensaufgaben besonders geeignet. Sein Glück lag in ihm selbst, in dem Gleichmaß seiner geistigen und gemütlichen Anlagen und seiner ganzen Persönlichkeit, die verklärt wurde durch eine wohltuende Ruhe und Wärme, aus der Milde und Nachsicht, Wohlwollen, Friede und Versöhnung sprach.

So war *Heinrich Laehr*. Er war ein Mann, nehmt alles nur in allem, wir werden seinesgleichen selten sehen.

Und nun bitte ich Sie, nach altgewohntem Brauch das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen zu ehren:

In dankbarer Erinnerung wird sein Gedenken in uns und all denen, die je mit ihm in Beziehung treten durften, fortleben, nie wird ihm vergessen sein, was er unserem Verein, was er den deutschen Irrenärzten gewesen ist, und für alle Zeiten wird in der Geschichte der deutschen Psychiatrie und des gesamten Irrenwesens einen hohen und hehren Klang behalten der Name *Heinrich Laehr*.

Herr *Hübner-Herzberge*: *Tabes, Paralyse und Prostitution.*

Vortragender ist der Frage nachgegangen, ob die *Tabes und Paralyse* wirklich so selten bei Prostituierten vorkommt, wie dies von den Gegnern der *Erb-Fournierschen* Lehre behauptet wird. Er fand als Endergebnis (bei Zusammenstellung von 179 Fällen), daß 38,4 % der Puellae an postsyphilitischen Neurosen (*Tabes, Paralyse, Lues cerebrospinalis*) erkrankt waren. Bezüglich der statistischen Einzelheiten sei auf die ausführliche Publikation im Neurologischen Zentralblatt hingewiesen.

Vortragender glaubt, daß das bisher zu dieser Frage vorhandene Material — mit Ausnahme der Statistik *Krons* — deshalb den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht wird, weil die Untersuchungen häufig an zu jungen und zu kurze Zeit nach der syphilitischen Infektion befindlichen Mädchen angestellt worden sind. Das richtige Bild erhält man erst, wenn man die Schicksale der Mädchen weiter verfolgt, am besten bis zum Tode.

Der Beweis der größeren Häufigkeit der genannten Nervenkrankheiten bei Prostituierten gegenüber anderen Frauen der niederen Stände wird an der Hand von Vergleichszahlen versucht, die teils aus dem statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin, teils aus dem Material der Anstalt *Herzberge* berechnet wurden. Vortragender weist ausdrücklich auf die Notwendigkeit derartiger Vergleichszahlen hin, und betont auch, daß es schwierig, ja teilweise unmöglich sei, genaue Zahlen zu erhalten. Er schließt aus seinen Untersuchungen, daß die Behauptung, *Tabes und Paralyse* seien bei Prostituierten seltener als bei anderen Frauen, nicht zutrifft.

Diskussion: Herr *H. Kron* hat Untersuchungen über *Tabes* bei Puellis publicis im Jahre 1898 im städtischen Obdach angestellt: Es waren im ganzen 184 Fälle im Alter von 14—60 Jahren. Jenseits der dreißiger Jahre nimmt die Zahl schnell ab. Da im allgemeinen mit einem Intervall von etwa 9 Jahren zwischen Infektion und Auftreten der *Tabes* zu rechnen ist, so brauchen wir trotz der gewiß oft recht frühen Infektion der Prostituierten ein früheres Alter als 25 Jahre als unterste Grenze nicht anzunehmen. Dann fanden sich unter 36 Fällen 5 mit *Tabes dorsalis* d. h. 14 %. Es ist notwendig, bei diesen Erhebungen die Symptome der *Tabes* aufzusuchen. Keine einzige der fünf Kranken hatte über irgendwelche Störungen von seiten des Nervensystems geklagt.

Herr *Schmidt-Wuhlgarten*: *Transitorische doppelseitige Amaurose mit erhaltener Pupillenreaktion und amnestische Aphasie nach Krampfanfall.*

Bei einer etwa 65jährigen Kranken, Frau T., die seit langem an schwerer Epilepsie leidet, tritt im Anschluß an einen nächtlichen Krampfanfall völlige Erblindung und Sprachstörung ein.

Erbliche Belastung, Potus, Lues nicht nachweisbar. Kranke, welche Analphabetin ist und intellektuell tief steht, soll seit ihrer dritten Entbindung

d. h. seit ihrem 26. Lebensjahre etwa, an Epilepsie leiden. Schwere, mit Verwirrtheitszuständen und Sinnestäuschungen verbundene Anfälle; in einem solchen vor etwa 12 Jahren Fall auf den Hinterkopf, der besondere ärztliche Hilfe erforderte. Seit Mai 1905 befindet sich die Kranke in Wuhlgarten in Pflege, hat auch hier häufige Krampfanfälle mit Gliederzuckungen, Erinnerungslosigkeit, nachfolgender Erregtheit. Vom 28. September bis 5. November 1905 rechtsseitige Pleuritis, Temperatur nicht über 38,2°, wiederholt Zustände von Herzenschwäche.

In der Nacht vom 8./9. November morgens gegen 4 Uhr nach längerer Pause (insbesondere während der Dauer des Krankenlagers) wieder erster epileptischer Anfall: nachdem Patientin von demselben sich erholt hat, begibt sie sich durch das trübe beleuchtete Schlafzimmer und das anstoßende Wohnzimmer zur Wasserleitung auf dem Korridor, trinkt, kehrt zurück, stellt einen ihr im Wege stehenden Stuhl selbst beiseite, läßt sich von der Pflegerin ins Bett helfen, schläft ein. Sie sah also. Gegen 5½ Uhr beim Wecken gänzlicher Verlust des Augenlichts. Patientin jammert über ihre Erblindung. Gegen 6½ Uhr Prüfung der Lichtempfindung mittels elektrischer Handlampe durch die Oberpflegerin: keinerlei Lichtschein. Auch bei der ärztlichen Visite um 10 Uhr wird dieser Befund bestätigt. Um diese Zeit keine deutlichen Lähmungserscheinungen im Gebiete des Facialis, Hypoglossus. Sensibilität in Ordnung, Schmerzgefühl etwas verlangsamt. Patellarreflex beiderseits von mittlerer Intensität. Pupillen mittelweit, gleich, reagieren auf L. und C. Augenbewegungen frei.

Erstes Zeichen des wiederkehrenden Sehvermögens beobachtet zwischen 4 und 5 Uhr nachmittags — also etwa 13 Stunden nach dem Krampfanfall —, rechts: Fingerzahl in etwa ½ Meter Entfernung auf schwarzem Hintergrunde; links: rote Farbe eines Portemonnaies erkannt; Gegenstände hier anscheinend weniger wahrnehmbar. Ophthalmoskopisch: Augenhintergrund beiderseits gerötet, links zwei kleine Blutaustritte in die Retina; Arterien dünn, Venen stärker gefüllt als gewöhnlich. — Pupillen gleich, etwas über mittelweit, reagieren auf L. und C. — Bei Lichtreaktion initiale mäßige Verengung, dann erhebliche gleichmäßige Erweiterung der Pupillen, solange die Lichtquelle wirkt (vgl. Silex 2. Band der Zeitschr. f. Augenheilkunde 1899: Über paradoxe Pupillenreaktion).

Erkennung und Benennung vorgehaltener Gegenstände um etwa 6 Uhr teilweise richtig, wenn auch mühevoll, teilweise falsch mit Perseveration:

z. B. Sieb	=	Durchschlag
Teller	=	Teller
Messer	=	Messer
Löffel	=	Löffel
Münzen	=	richtig
Schlüssel	=	Schlüssel
Gabel	=	Löffel
Taschentuch	=	„Durchschlag“ usw.

Am 10. November 10 Uhr vormittags (etwa dreißig Stunden nach dem Krampfanfall) Sehvermögen erheblich gebessert: Fehlreaktionen beim Bezeichnen von Gegenständen geringer, aber deutlich noch nachweisbar im angegebenen Sinne. Keine gröbere Einengung des Gesichtsfeldes (Prüfung durch Handbewegungen). Keine merkliche artikulatorische Sprachstörung.

Am 11. November Befinden wie früher, bei klarem Sensorium wie bisher.

Sprachprüfung am 12. November ergibt im wesentlichen nur beim Wiedergeben einfacher bildlicher Darstellungen bemerkenswerte Abweichungen: Kranke erkennt die Einzeldarstellungen ihren Umrissen nach richtig, verwechselt dieselben aber mit ähnlichen Objekten (Osterhase = Kaninchen, Kind = Puppe, Wiege = Holz u. dergl.), während dabei gewisse andere Bilder richtig erkannt und bezeichnet werden (Kirche, Schnecke, Ziege). Diese Unfähigkeit ist noch nach Wochen bemerkbar, indessen kommt Patientin jetzt (10. Dezember nach Betrachtung der Osterhasenszene, nachdem sie etwa dreiviertel Stunden darüber „simuliert“ hat, von selbst auf die Bedeutung der Geschichte.

16. November 1905 ein zweiter Krampfanfall bei Nacht ohne jede der geschilderten Abweichungen. Klagen über Hinterhauptschmerzen links, mit denen sie überhaupt sehr behaftet sei.

Diagnose: Transitorische doppelseitige Amaurose mit amnestischer Aphasie auf dem Boden einer konstitutionellen Hirnchwäche. Benennung nach *Wernicke*: transkortikale sensorische Aphasie. Sitz der Erkrankung: beide Hinterhauptlappen, hinterer Teil der ersten Schläfenwindung. Motorische Regionen frei.

Pathologisch-anatomischer Prozeß: Bei der gleichmäßigen Affektion beider optischen Sphären muß die Schädigung ziemlich symmetrisch die Rinde beider Occipitallappen betroffen haben. Embolie ausgeschlossen, andere gröbere umschriebene organische Verletzung unwahrscheinlich. In Betracht kommt vorübergehende Behinderung im arteriellen Blutzufluß des die beiden Hinterhauptlappen versorgenden Gefäßbezirkes. Möglich, daß es dabei zu einer Transsudation unter die Pia kam, welche durch Drucksteigerung bis in die Seitenpartien der Hirnoberfläche (Schläfenlappen) wirkte. Mit dieser Annahme harmoniert die Tatsache des krankheitsfreien Intervalls nach dem Anfall. Jedenfalls muß für die Gleichzeitigkeit des Auftretens der Amaurose und Aphasie nach der ganzen Sachlage eine gemeinsame Ursache angenommen werden. Inwiefern hierbei durch die horizontale Rückenlage im Bett etwa hervorgerufene Blutdruckschwankungen, nachdem der durch die Lungenaffektion bereits geschädigte Körper durch den Krampfanfall weiter geschwächt war, noch mit in Betracht kommen, — welche Rolle die Hinterhauptverletzung (typische Kopfschmerzen) ätiologisch spielt, läßt sich nur vermutungsweise erwägen.

Ganz analoge Fälle in der neueren Literatur (letzten 8—10 Jahre) nicht auffindbar. Im übrigen berichten über Beispiele, die hier interessieren, *Stadelmann*, (Psych. neurol. Wochenschrift 1902), *Pick* (Archiv f. Psych. Bd. XXII) und

Veraguth (D. Zeitschr. f. Nervenheilkunde 17. Band). — (Ausführlicher Bericht vorbehalten.)

Diskussion: Herr *Falkenberg* bezweifelt, daß die vom Vortragenden bei der Kranken gefundene Pupillenreaktion als *paradoxe* bezeichnet werden kann. Er hat ein gleiches Verhalten der Pupillen bei akuten und chronischen, bei organischen und funktionellen Psychosen gesehen und glaubt nicht, daß dieser Art Reaktion eine pathognomonische Bedeutung zukommt: je intensiver und plötzlicher die Belichtung, um so deutlicher ist auch die bei Andauer der Beleuchtung der Verengerung folgende, mit klonischen Irisbewegungen einhergehende, allmähliche Erweiterung der Pupille.

Herr *Hebold*: Die erwähnte Pupillenreaktion ist wohl nichts besonderes. Ich habe sofort, nachdem ich bei der genannten Kranken die beregte Pupillenreaktion gefunden hatte, einige Kranke und Pflegerin darauf untersucht und dieselbe Reaktion gefunden. Es handelt sich bei der Beleuchtung der Augen mit elektrischer Lampe um einen ganz ungewohnt starken Reiz, der zunächst eine übermäßige Reaktion hervorruft, und die nachherige Erweiterung ist nur als ein Ausgleich zu betrachten.

Herr *Liepmann* fragt, ob bei der Rückbildung das rechte Auge oder das rechte Gesichtsfeld zuerst sich erholte.

Herr *Schmidt* (Schlußwort): Herr *Falkenberg* möchte ich erwidern, daß ich die Legitimität der Bezeichnung „*paradox*“ allerdings nicht behaupten will. Daß die erwähnte abweichende Form der Pupillenreaktion eine weniger seltene sei, kann ich aus den vielen Beobachtungen bei der Prüfung von Pupillenreaktionen, die ich früher, wie ich glaube sagen zu dürfen, mit Gewissenhaftigkeit ausführte, nicht bestätigen.

Herrn Dir. *Hebold* bemerke ich, daß ich an Gesunden besondere Prüfungen nur etwa 4—5 nach dem Falle der Frau T. angestellt habe und bei diesen die erwähnte Pupillenreaktion mir nicht aufgefallen ist. — Eine genauere Bestimmung der Stufenfolge, in welcher die Rückbildung der Amaurose vor sich ging, ist leider aus äußeren Gründen unterblieben. Als ich am Nachmittage des ersten Tages die ersten eingehenderen ophthalmoskopischen Untersuchungen vornahm, war mir der Fall, wie ich gestehen muß, in jener Richtung noch nicht klar, und als ich am nächsten Tage meine Beobachtungen fortsetzte, war es schon zu spät. Ich bedauere daher sehr, die interessante Frage des Herrn Kollegen *Liepmann* nicht beantworten zu können.

Gock.

Kleinere Mitteilungen.

Unfallentschädigung und Krankenhauszwang. Während das Reichsgericht die Frage, ob der durch einen Unfall Verletzte sich erforderlichenfalls auf Verlangen des Ersatzpflichtigen einer Operation unterziehen müsse, wiederholt in verneinendem Sinne beantwortet hat, steht es bezüglich der Frage des Krankenhauszwanges auf entgegengesetztem Standpunkte. Kläger hatte einen Eisenbahnunfall erlitten und sich hierdurch eine schwere Neurasthenie zugezogen. Der auf Schadenersatz verklagte Fiskus wandte ein, er habe den Kläger aufgefordert, sich auf seine, des Fiskus, Kosten in einer Nervenheilanstalt behandeln zu lassen, weil hiervon eine Heilung, zumindest eine wesentliche Besserung des Leidens zu erwarten gewesen sei. Kläger habe sich aber diesem Verlangen mit der Erklärung widersetzt, daß er nie in eine Nervenheilanstalt gehen werde; er habe ein Recht auf Freiheit und könne sich von einem Arzt behandeln lassen, dem er persönlich sein Vertrauen schenke. Das Landgericht sowohl wie das Oberlandesgericht hielten die Weigerung des Klägers für berechtigt und verurteilten nach dem Klageantrage. Das Reichsgericht aber erklärte im Gegensatze hierzu den Einwand des Fiskus für erheblich. Es führt aus: Wenn jemand einen Unfall erleide, für dessen vermögensrechtliche Folgen ein anderer ersatzpflichtig sei, so müsse verlangt werden, daß er nach Möglichkeit zur Heilung oder Besserung seiner Krankheit die nach dem jetzigen Stande der medizinischen Wissenschaft sich anbietenden Mittel zur Anwendung bringe. Als Regel habe hierbei zu gelten, daß der Verletzte in solchem Falle nicht anders handeln dürfe, als es bei gleicher Gesundheitsstörung ein verständiger Mensch tun würde, der nicht in der Lage sei, die Vermögensnachteile, die ihn getroffen haben, auf einen anderen abzuwälzen. Unterlasse er eine derartige Vorsorge, so treffe ihn für den Umfang des zu leistenden Ersatzes erhebliches Mitverschulden. (Tgl. Rundschau.)

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.

Dem Verein ist die Provinzial-Heilanstalt Warstein in Westfalen beigetreten.

Dagegen erklärt die Direktion der Anstalt für Erziehung schwachsinniger Kinder in Regensburg (Schweiz) ihren Austritt aus dem Verein, da die Kommission ihr nicht mehr so viel Berichte zur Verfügung stelle, um den Austausch fortsetzen zu können.

Es wird gebeten, die Anstaltsberichte auch an den Berichterstatte für das Anstaltswesen im Literaturheft dieser Zeitschrift, Herrn Oberarzt Dr. Schroeder, Prov.-Anstalt zu Lüneburg (Prov. Hannover), zu senden.

Das Verzeichnis der dem Verein angehörenden Anstalten wird vom Unterzeichneten auf Wunsch versandt.

Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn.

Dr. *Hans Laehr*.

Personal-Nachrichten.

- Dr. *Ulrich*, Geh. San.-Rat in Eberswalde, feierte am 10. Januar sein 50jähriges Doktorjubiläum.
- Dr. *Franz Simon*, Sanitätsrat, bis dahin Dir. der Prov.-Anstalt Tost, ist Dir. der neu eröffneten Prov.-Anstalt Lüben, Reg.-Bez. Liegnitz.
- Dr. *Wilh. Schubert*, bis dahin Oberarzt in Bunzlau, Dir. der Prov.-Anstalt Tost, Reg.-Bez. Oppeln geworden.
- Dr. *Alfr. Linke*, bisher Oberarzt in Tost, ist als solcher nach Lüben.
- Dr. *Ottomar Schmidt*, Ass.-Arzt in Freiburg i. Schl., als Oberarzt nach Tost.
- Dr. *Wilh. Ziertmann*, bisher in Leubus, als Oberarzt nach Bunzlau versetzt worden.
- Dr. *Wilh. Alter*, bisher Ass.-Arzt in Leubus, ist zum Dir. der Lippeschen Landesanstalt Lindenhaus bei Brake,
- Dr. *Richard Snell*, 2. Arzt der Prov.-Anstalt zu Hildesheim, zum Dir. der nassauischen Irrenanstalt Eichberg ernannt worden.
- Dr. *Paul Schroeder*, Privatdozent, ist Oberarzt an der psychiatrischen und Nervenkl. in Breslau geworden.
- Dr. *Friedr. Quensel*, 2. Arzt der psychiatr. Klinik zu Leipzig,
- Dr. *Heinr. Klien*, Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik zu Leipzig,
- Dr. *Wilh. Stromayer* in Jena und
- Dr. *Karl Wilmanns*, Ass.-Arzt an der psychiatr. Klinik zu Heidelberg, haben sich als Privatdozenten niedergelassen.
- Dr. *Leopold Beßer*, geb. 11. Mai 1820 in Altenburg, Begründer und langjähriger Leiter der Privatheilanstalt Pützchen, ist am 14. Februar in Bonn nach schwerem Leiden gestorben.

Über den Einfluß psychischer Vorgänge auf den Stoffwechsel.¹⁾

Von

Dr. M. Rosenfeld, Privatdozent und I. Assistent der Klinik.

Einleitung.

Als man anfang sich mit der Frage zu beschäftigen, ob psychisches Geschehen irgendwie den Ablauf der Stoffwechselvorgänge beeinflussen könne, ob die Denkprozesse auf den Kalorienumsatz eine Wirkung ausüben oder eine qualitative Veränderung des Stoffwechsels veranlassen, gab es zunächst genug Hypothesen und auch experimentell gefundene Resultate, welche einen Zusammenhang zwischen dem Stoffverbrauch und den Denkprozessen als bewiesen erscheinen ließen. Man stellte sich die Tätigkeit des Gehirns vor als einen Abnutzungsvorgang, bei dem Oxydationsvorgänge die Hauptrolle spielen, und man hielt Vorgänge, die bei der Ernährung des Gehirns auftreten können, nicht von jenen getrennt, die der eigentlichen Tätigkeit des Gehirns zugrunde liegen.

Liebermeister (1) sprach sich im Jahre 1875 dahin aus, daß durch geistige Tätigkeit der Stoffumsatz und die Wärmeproduktion gesteigert werde, und glaubte mancherlei Erfahrungen, wie die gesteigerte Kohlensäureproduktion und Temperaturmessungen, dafür anführen zu können. *Krafft-Ebing* (2) äußerte sich im Jahre 1870 zu dieser Frage folgendermaßen: Die Hirnrinde sei durch ihren

¹⁾ Aus der psychiatrischen Klinik zu Straßburg i. E.

Blutreichum und den Reichtum an kohlenstoff- und wasserstoffhaltigen, leicht zersetzbaren, fettartigen Substanzen mit hohen Verbrennungswerten für eine intensiv hohe Leistungsfähigkeit besonders geeignet. Er proponierte also noch eine über die Norm gesteigerte Oxydation für die funktionierende Hirnrinde. Diese Anschauungen konnten aber sehr bald Tatsachen gegenübergestellt werden, welche die Unrichtigkeit der ersteren bewiesen.

Auch theoretische Erwägungen führten zu einer anderen Auffassung. Die Geringfügigkeit der sich im Nerven abspielenden Stoffwechselvorgänge wurde von *Voit* (3) und *Hermann* (4) behauptet. Letzterer sagt in seinem Lehrbuch (5): der Stoffwechsel des Nerven kann bei seiner Gefäßarmut und dem Mangel nachweisbarer Ermüdung und Wärmebildung nur sehr gering sein. Es wäre allerdings denkbar, daß bei den Erregungen trotzdem Zersetzungen stattfinden, welchen aber eine sofortige Regeneration folgt. Außerdem erscheint es durchaus nicht angängig, psychische Vorgänge mit anderen körperlichen Funktionen, speziell solchen, in denen mechanische Umsetzungen stattfinden, zu vergleichen. Ferner ist es keineswegs sicher, daß alle chemischen Vorgänge im Gehirn Oxydationen sind. Da sauerstoffreiches Blut zugeführt wird und kohlenensäurereicher abfließt, so werden natürlich auch Oxydationsvorgänge stattfinden. Auch eine Wärmeproduktion ist theoretisch möglich. Nur fragt es sich, haben die Vorgänge etwas mit der eigentlichen Gehirntätigkeit, den psychischen Vorgängen, zu tun. *Hermann* (6) sagt, daß man über die dem Stoffumsatz im Zentralorgan zugrunde liegenden Oxydations- oder wahrscheinlichen Spaltungs- und Restitutionsprozesse nichts wisse. Vermutlich ist der Umsatz in der grauen Substanz d. h. in den Ganglienzellen weit lebhafter als in der aus Nervenfasern und Neuroglia bestehenden weißen. Hierauf deutet auch der viel größere Gefäßreichtum der ersteren. Nach *Wundt* (7) ist es wahrscheinlich, daß die Nervensubstanz „der Sitz einer chemischen Synthese ist, infolge deren aus den dem Blut zugeführten komplexen Nahrungsstoffen schließlich noch komplexere Körper hervorgehen, die zugleich durch ihren hohen Verbrennungswert eine bedeutende Summe disponibler Arbeit darstellen. Der ganze Chemismus der Nervensubstanz ist aber augenscheinlich auf die

bildung von Verbindungen gerichtet, in welchen sich ein hoher Verbrennungs- und Arbeitswert anhäuft.“ Auch das Verhältnis des Gehirngewichts zum Gesamtkörper ist dafür angeführt worden, daß es nicht zu erwarten ist, daß psychische Vorgänge auf den Stoffumsatz, auf den zunächst die Untersuchungen gerichtet waren, einen Einfluß ausüben können. *Mainzer* (8) weist auf dies unünstige quantitative Verhältnis hin und meint, es sei dies ein schwerwiegender Einwand, welcher die Verwertung aller positiven Ergebnisse in dieser Hinsicht zweifelhaft macht. Der Nachweis, daß das tätige Gehirn Wärme produziere, konnte nicht erbracht werden. *Speck* (9) machte darauf aufmerksam, daß, da Reizungen von mechanischer Leistung bei der Tätigkeit des Gehirns und des übrigen Nervensystems nicht bemerkbar sind, eigentlich der Nachweis von Wärmeproduktion hier viel leichter gelingen müsse als z. B. beim Muskel, bei dem ein großer Teil der sich abspielenden Oxydationsvorgänge in mechanische Kraft umgesetzt wird und also die Wärmeproduktion schwerer zu beobachten ist. Die Wärmeproduktion des tätigen Nerven ist aber von *Heidenhain* und *Helmholtz* geleugnet worden. *Speck* (10) machte an sich selbst die etwas primitiven Versuche, daß er die Temperatur in der Achselhöhle während angestrenzter geistiger Tätigkeit maß. Er fand eine geringe Steigerung der Temperatur, glaubte aber mit Recht dieselbe auf die nicht zu vermeidenden Muskelkontraktionen beziehen zu müssen. Auch die Frage, ob das tätige Gehirn blutreicher ist, wurde erörtert und verschieden beantwortet. *Binz* (11) konnte keinen Unterschied im Blutgehalt des schlafenden und wachenden Gehirns finden. *Durham* (12) fand das wachende Gehirn blutreicher, und nach *Mosso* und *Giacomo* (13) wirkt die geistige Tätigkeit, ebenso allerdings wie die körperliche Tätigkeit, auf das Volumen und die Pulsationen des Gehirns. *Frank* (14), *Basch* (15), *Thanhoffer* (16), haben ebenfalls Versuche in dieser Richtung angestellt, die alle zusammen keinen sicheren Beweis dafür erbringen konnten, daß psychisches Geschehen mit dem Blutreichtum des Gehirns in Beziehung steht.

Man nimmt also auch heute als feststehend an, daß der Stoffwechsel im Nerven ein minimaler ist, und daß die Restitutionsfähigkeit des nervösen Gewebes eine äußerst schnelle sein

müsse; zwei Einwände, die gegen die chemische Natur des Leitungsvorganges angeführt werden, ohne aber absolut beweisend zu sein, wenn man die chemischen Vorgänge im Nervensystem nicht in einer Verbrennung, sondern in einer Änderung der chemischen Affinität sieht (vgl. *Bethe* (17)).

Nach diesen eben mitgeteilten Erfahrungen erscheint es wenig aussichtsvoll, nach quantitativen oder qualitativen Störungen des Stoffwechsels zu suchen, die durch den Einfluß psychischer Vorgänge, sei es nun normaler oder pathologischer, zustande kommen.

Die Literatur enthält aber eine große Reihe solcher Arbeiten, die hier kurz besprochen werden sollen.

Da sind zunächst Untersuchungen zu erwähnen, welche qualitative und quantitative Veränderungen des Urins unter dem Einfluß normaler geistiger Tätigkeit nachzuweisen suchen. Diese Arbeiten beschäftigen sich mit der Ausscheidung der Phosphorsäure, des Harnstoffes, der Harnsäure, der Schwefelsäure, des Kochsalzes und der Urinmenge. Man verglich die Zeit der Ruhe mit der Zeit, in welcher geistig angestrengt gearbeitet wurde, und man zog noch den Stoffwechsel des schlafenden Organismus und des unter der Wirkung einer toxischen Substanz (Alkohol, Morphinum usw.) stehenden heran, um aus diesem Vergleich brauchbare Resultate zu gewinnen.

Die Untersuchungen *Hammonds* (18) über die Vermehrung des Harnstoffes bei geistiger Tätigkeit sind schon von *Speck* (19) als unzuverlässig zurückgewiesen worden. *Schenk* (20) fand dagegen, daß die Gesamtsumme des Harnstoffes nicht steigt, wenn er zwei Nächte schlaflos zubrachte, also doch ein beträchtliches Mehr von geistiger Tätigkeit lieferte. *Speck* selbst leugnete ebenfalls die vermehrte Harnstoffproduktion bei geistiger Tätigkeit (2 $\frac{1}{2}$ stündige Arbeit) und führte die etwa sich zeigende Differenz in der Harnstoffproduktion auf anderweitige Gründe, z. B. Schweißsekretion, vermehrte oder verminderte Harnsekretion, zurück. Bei den Versuchen über den Stoffwechsel des Schlafenden gegenüber demjenigen des Wachenden zeigte es sich, daß die gefundenen Differenzen nur auf die verschiedenen Grade von Muskelruhe resp. -tätigkeit zu beziehen waren. *Rubner* (21) zeigte, daß der Stoffwechsel des absolut ruhenden Hundes derselbe sei wie der des schlafenden; Versuche, die für den Menschen von *Löwy* bestätigt wurden (22). Die Tatsache, daß der Sauerstoffverbrauch und die Kohlensäureabgabe während des Schlafes rasch absinken, muß nach *Voit* (23) allein durch die Muskelruhe erklärt werden. Die Versuche *Laehrs* (24) über den Einfluß des Schlafes auf den Stoffwechsel haben das Resultat, daß die Phosphorsäure-, Kalzium- und Magnesiaausfuhr nicht durch den Schlaf beeinflußt wird, daß die Harnmenge, Chloride, Harnstoff, Schwefelsäure etwas abnehmen, dagegen die saure Reaktion zunimmt. Die Beobachtungen von *Speck*, *Vogel* (25) und *Quincke* (26).

Daß die stündliche Gesamtausscheidung am Tage größer sei als in der Nacht, konnte ebenfalls nicht als Folge geistiger Tätigkeit angesehen werden, sondern wurde auf Wasserretention während des Schlafes und Verminderung der Nerventätigkeit bezogen. Auch die von *Speck*, *Böcker* (27) und *Schweig* (8) gefundene Vermehrung der Harnsäure findet nach *Speck* ihre Erklärung in der Verschiedenheit der Wasserausfuhr.

Daß man der Phosphorsäureausscheidung im Urin eine besondere Beachtung schenkte, ist begreiflich. Man stellte sich vor, daß die phosphorhaltigen Fette des Gehirns durch die oxydative Tätigkeit des Gehirns ersetzt werden und der oxydierte Phosphor sich im Urin nachweisen lassen müsse. *Speck* (29) fand die stündlichen Phosphormengen morgens 0,036, mittags 0,112, abends 0,12. Diese steigerten sich an Arbeitstagen auf 0,8, 1,13 und 0,16. Verdauung und Muskeltätigkeit sind allein nach *Speck* (29) für die Steigerung der Phosphorzahlen verantwortlich zu machen. *Speck* weist an jener Stelle auch schon auf die verzögerte Phosphorausscheidung hin, auf die ich bei den Versuchen *Mainzers* noch zurückkommen werde.

N. Breed (30) beobachtete eine Abnahme der Phosphorsäure während des Schlafes. *Boecker* (31) fand eine Zunahme der Erdphosphate und ein erhebliches Sinken der an Alkalien gebundenen Phosphorsäure im Schlaf. *Sachoff* (32) wies darauf hin, daß der von ihm selbst behauptete Parallelismus zwischen Stickstoff- und Phosphorsäureausscheidung für den Hungerzustand nicht zutrifft, daß mehr Phosphor ausgeschieden werde, als dem Stickstoff entspricht.

Zülzer (33) hat auf das relative Verhältnis von Harnstoff zu Phosphorsäure großes Gewicht gelegt. Er meinte zeigen zu können, daß je nachdem, ob lezithinreiche oder eiweißreiche Substanzen zugrunde gehen, die relativen Phosphormengen zunehmen oder abnehmen. *Zülzer* fand den relativen Wert der Phosphorsäure, abgesehen von den ersten acht Stunden unmittelbar nach der Mahlzeit, für die Nachtstunden von 2—6 Uhr am höchsten. Die niedrigste Zahl fand er in den Morgenstunden von 6—10 Uhr. Er schloß daraus, daß das Nervengewebe im Zustande der Erregung die Stoffabgabe vermindere, dagegen bei Depressionszuständen, also z. B. im Schlaf, die Abgabe erhöhe. Das Nervengewebe würde sich also umgekehrt verhalten wie Muskeln und Drüsen. Die Phosphorsäure des Nachturins wurde auch von *Laehr* (34) und *Mendel* (35) relativ vermehrt gefunden. *Laehr* bezog diese Änderung jedoch auf die Nahrungsaufnahme, welche *Zülzer* nicht genügend berücksichtigte. Er zeigte, daß die Ausscheidung von Kalzium und Magnesiumphosphaten während der Nacht sich nicht ändert, wenn der Schlaf auf eine andere Zeit verlegt wurde. *Speck* konnte die Vermehrung der Phosphorsäure im Gegensatz zum Harnstoff ebenfalls konstatieren, speziell bei Muskelarbeit; und er meinte, daß daran nicht bloß eine Verschiebung der Ausscheidung schuld sein könne, sondern daß möglicherweise eine phosphorreichere Substanz zugrunde geht. Daß diese aber die Nervensubstanz sei, daran zweifelt er und führt als Beweis seiner Ansicht die Untersuchung von *Huschke* an (36).

Der letztere bezeichnete den Phosphorgehalt des Gehirnes auf 4,1 g. Da nun die tägliche Ausscheidung des Phosphors etwa 3 g betragen kann, müßten die im Gehirn sich abspielenden Stoffwechselvorgänge ganz ungeheuer groß sein. Auch die relative Phosphorsäurevermehrung, welche *Strübing* (37) nach Alkoholgenuß und in der Chloroformnarkose gefunden hat, ist zu hoch, als daß man sie auf zugrunde gegangene Nervensubstanz beziehen konnte. Über die Herkunft dieser Phosphorsäuremengen, die unter den oben erörterten Verhältnissen im Urin erscheinen, haben *Forster* (38) und *Speck* die Vermutung ausgesprochen, daß sie aus den Knochen stammen. *Forster* hat gezeigt, daß Phosphorsäure bis zum Tode ausgeschieden wird und daß andererseits das Gehirn die Phosphorsäure energisch zurückbehält, selbst wenn das Salzbedürfnis des Körpers groß ist. *Forster* meint, daß die Phosphorsäure aus den Knochen stammt. Kurz, die Ansichten laufen dahin zusammen, daß die Phosphorsäureausscheidung im Urin des normalen Menschen in keinem direkten Zusammenhang mit den Vorgängen im Gehirn bei geistiger Tätigkeit stehen. *Noorden* sagt daher mit Recht, daß zurzeit alle Angaben über den gesteigerten Phosphorumsatz als Ausdruck geistiger Tätigkeit auf oberflächlichen Untersuchungen beruhen.

In neuester Zeit beschäftigt sich eine Arbeit *Mainzers* mit dem eben erörterten Gegenstande. *Mainzer* (40) experimentierte im Hungerzustande, um alle Verschiedenheiten der Nahrung als Fehlerquelle auszuschalten. Einige Tage vor dem Versuch war der Organismus auf reduzierte Kost gesetzt. Er teilte den Tag in drei achtstündige Perioden. Die erste begann morgens um 6 Uhr. Während dieser Zeit leistete er ein beträchtliches Quantum geistiger Arbeit (Potenzrechnungen, Auswendiglernen sinnloser Konsonantenreihen, Schachprobleme). Er fand während dieser ersten Periode eine Steigerung der Stickstoffausfuhr; in der zweiten Periode ohne geistige Arbeit dagegen eine tatsächliche Verminderung gegenüber der entsprechenden Periode an den Ruhetagen. So erfährt also die Gesamtmenge des Stickstoffs an den Tagen, an denen angestrengt geistig gearbeitet wurde, doch keine Vermehrung. Was die Veränderung der Phosphorsäureausscheidung angeht, so fand *Mainzer* dieselbe an den ersten Perioden der Arbeitstage vermindert gegenüber den Ruhetagen, in der zweiten Periode dagegen vermehrt, so daß im ganzen während dieser beiden Perioden an Arbeitstagen mehr Phosphorsäure ausgeschieden wird als an Ruhetagen. Diese Differenz wird aber bis auf einen kleinen Teil reduziert, wenn man die Phosphorsäureausscheidung der Nacht mit dazu rechnet. Diese Resultate in bezug auf die Phosphorsäureausscheidung erklärt *Mainzer* allein aus einer Verschiebung in der Ausscheidung. Die Phosphorsäure folgt dem zugehörigen Stickstoff erst einige Zeit nach. Demselben Umstande schreibt *Mainzer* es zu, daß die verschiedenen Autoren in bezug auf diese Frage so verschiedene Resultate angeben haben. *Mainzer* selbst verhält sich der von ihm gefundenen Stickstoffvermehrung gegenüber sehr skeptisch, was ihre Herkunft angeht. Er weist auf die Arbeit *Rossmanns* hin, der ganz ähnliche Stickstoffzahlen fand, wenn er die Stickstoff-

cheidung einer durchwachten Nacht und des folgenden Morgens bestimmte, daß besondere geistige Arbeit im Sinne der *Mainzerschen* Versuche stet wurde. Auch *Rosemann* fand eine Zunahme des Stickstoffs im samen Anstieg von 0,1—0,15 alle zwei Stunden. Daher erscheint der fel, den *Mainzer* in seine Zahlen setzt, insofern gerechtfertigt, als es ich ist, ob die gefundene Veränderung in der Stickstoffbilanz auf die stete geistige Arbeit direkt zu beziehen ist. *M.* versuchte noch auf nde Weise den Einfluß geistiger Tätigkeit auf die Stickstoffausscheidung zuweisen. *Rosemann* hatte gezeigt, daß nach dem Erwachen in der en und vierten Stunde eine Steigerung der Stickstoffausscheidung ein-

Mainzer versuchte nun, ob in dem Zeitpunkt, in welchem diese Stickkurve wieder im Abklingen begriffen ist, durch geistige Arbeit die Kurve er auf dieselbe Höhe gebracht werden kann. Diese Versuchsanordnung b. daß die Stickstoffausscheidung durch geistige Tätigkeit nicht wieder oben wurde. Wie die vermehrte Stickstoffausscheidung in den Versuchen emanns zu erklären ist, bleibt unentschieden; vielleicht handelt es sich um die Ausscheidung von retiniertem Stickstoff.

Von anderen hierher gehörigen Arbeiten sind noch folgende zu nennen. nächst die Arbeit von *Mairé* (42, 43). Er kommt zu dem Resultat, daß Phosphorsäureausscheidung abhängig ist von der Ernährung und Funktion s Gehirns. Er sagt: *L'acide phosphorique est intimement lié à la nutrition du fonctionnement du cerveau. Le travail intellectuel diminue le chiffre de l'azote éliminé par les urines. Le travail intellectuel augmente l'élimination de l'acide phosphorique uni aux terres. Le travail intellectuel diminue l'élimination de l'acide uni aux alcalis. Le travail intellectuel diminue le plus généralement le chiffre de l'acide phosphorique total.* Diese Versuche haben gegenüber den oben zitierten den Nachteil, daß sie ht im Hungerzustande ausgeführt wurden. Auch wurden nur die gesamten esmengen bestimmt und die Faeces nicht analysiert. *Mairé* fand aber selben Zahlen in bezug auf die Phosphorsäureausscheidung bei veriedenen Kostarten, sowohl bei gemischter wie bei rein vegetabilischer rung.

Sehr umfangreiche Versuche hat *Schterbac* (44) angestellt. Er experi- nierte auch an sich selbst und arbeitete während vier Tagen nach der vöhlischen Tagesarbeit noch 4—5 Stunden arithmetische Aufgaben. Er fand nächst eine verringerte Aufnahme von Stickstoff und Phosphor, woraus er s Schluß machte, daß durch gesteigerte Nahrungsaufnahme der durch stige Arbeit bedingte Verlust nicht ausgeglichen werden könne. Die osphorsäureausscheidung war in den genannten vier Tagen um 4,9 g größer e die aus der Nahrung aufgenommene Menge. Auch das Verhältnis des an kali gebundenen Phosphors zu dem an Erden gebundenen war geändert. *Schterbac* behauptet nun, daß durch geistige Tätigkeit die Zersetzung eines osphorreichen Körpers stattfindet, und führt als Beweis dafür einen Kontroll- rsuch an, in welchem er bei gesteigerter Bewegung weniger geistig arbeitete

und keine derartigen Veränderungen der Phosphorsäureausscheidung finden konnte. Auf seine Versuche bei Geisteskranken komme ich unten noch zurück. Diesen Befunden *Schterbacs* stehen diejenigen *Lucianis'* (45) gegenüber, welcher an dem Hungenkünstler *Succi* ebenfalls den Einfluß geistiger Tätigkeit auf den Stoffwechsel prüfte und kein sicheres Resultat finden konnte. Schließlich haben wir noch über die Untersuchungen von *Speck* über den Sauerstoffverbrauch und die Kohlensäurebildung während geistiger Tätigkeit zu berichten. Der Autor konnte zeigen, daß jede Steigerung der Kohlensäureausfuhr resp. der Mehrverbrauch an Sauerstoff nur auf Muskelaktion zurückzuführen sei und keine direkte Folge geistiger Arbeit darstelle. Er fand, daß auch ganz geringfügige Bewegungen, wie z. B. unbequeme Haltungen, Schreiben, Halten eines Buches usw., sich in der Weise bemerkbar macht, daß die CO_2 -ausscheidung steigt.

Überblicken wir kurz diese Versuche am geistig normalen Menschen, so muß man sagen: Bewiesen ist nirgends, daß die Stoffwechselvorgänge im Gehirn, die vorhanden sein müssen, aber nicht in Oxydationsvorgängen zu bestehen brauchen, auf den allgemeinen Stoffwechsel einen nachweisbaren Einfluß haben; es ist nicht bewiesen, daß die von einigen Autoren gefundenen Veränderungen der Zusammensetzung des Urins zur Zeit gesteigerter geistiger Tätigkeit eine direkte Folge der im Gehirn sich abspielenden chemischen Vorgänge sind.

Wie steht es nun mit dem Einfluß der krankhaft gestörten Geistestätigkeit auf den Stoffwechsel? Haben sich in dieser Beziehung Störungen in der Zusammensetzung des Urins nachweisen lassen, die als direkte Folge der pathologisch veränderten Geistestätigkeit anzusehen sind.

Eine große Zahl von Arbeiten beschäftigt sich mit der bei zahlreichen Psychosen auftretenden Albuminurie. *Köppen* (46) prüfte an einem größeren Krankenmaterial, ob sich die Lehre von der zentralen Albuminurie, wie sie von *Claude Bernard*, *Schiff* u. a. aufgestellt war, auch aus klinischen Beobachtungen stützen ließe.

Die Veranlassung zu diesen Untersuchungen gab der Umstand, daß *Köppen* bei dem Delirium acutum, also Erregungszuständen aus verschiedenen Ursachen, regelmäßig Eiweiß fand.

Köppen untersuchte nun systematisch alle Fälle, die in ihrem Verlauf oder wenigstens zeitweise den Charakter eines Deliriums trugen, auf Albuminurie. Er fand in zahlreichen Fällen, speziell aber bei Manie und Delirium eine beträchtliche Eiweißausscheidung, die durch die einfache Salpetersäureprobe nachgewiesen wurde. Ferner stellte er fest, daß in einzelnen Urinen die beim Kochen und Salpetersäurezusatz klar blieben, beim Erkalten eine

früher eintrat. Dieser Niederschlag wurde von ihm als Propepton angesprochen. *Köppen* suchte zunächst nachzuweisen, daß nicht irgendwelche Zufälligkeiten an dem Auftreten dieser Propeptonurie schuld sei. Der Einwand, daß die Eiweißausscheidung nur mit der Konzentration des Urins zusammenhänge, sucht *Köppen* ebenfalls zu widerlegen. Das spezifische Gewicht der von ihm untersuchten Urine betrug nämlich 1030 und darüber; *Köppen* eignet auch selbst nicht, daß ein Zusammenhang der Albuminurie mit der Konzentration möglich ist. In vielen seiner Fälle war es so, daß zuerst das spezifische Gewicht anstieg, dann die Albuminurie auftrat, die dann wieder schwand, kurz bevor auch das spezifische Gewicht wieder herunterging. Jedoch war das nicht in allen Fällen so. Die Eiweißausscheidung stand nicht immer in genauer Wechselbeziehung zu dem spezifischen Gewichte. Außerdem fehlt bei seinen Untersuchungen meist die Angabe über die Tagesmenge des Urins. Auch den Einwand, daß die Albuminurie und Propeptonurie durch Muskelbewegung bewirkt werden, sucht *Köppen* durch die Beobachtung einer ruhigen Manie mit starker Albuminurie und eines Falles von Stupor, der gerade in ganz ruhigen Zeiten eine starke Albuminurie zeigte, zu widerlegen. *Köppen* meint also, daß die Tatsachen, die *Fürstner* für das Delirium tremens gefunden hatte, nämlich, daß die Albuminurie bei zunehmender Verwirrtheit und Benommenheit zunimmt, auch für das Delirium acutum und die Manie gilt. Bemerkenswert ist noch das Verhältnis der Propeptone zu den Albuminen. In einigen Fällen, welche *Köppen* mitteilt, bestand anfangs eine Propeptonurie, dann eine gewöhnliche Albuminurie allein oder mit Propeptonurie zusammen und zum Schlusse wieder nur eine Propeptonurie. In anderen Fällen trat anfangs gewöhnliches Eiweiß auf und nach einer kurz dauernden Propeptonurie wurde der Urin wieder eiweißfrei. Im Stadium des ausgesprochenen Deliriums war stets Albuminurie vorhanden; zog sich das Delirium länger hin, so trat Propeptonurie dazu. Quantitative Bestimmungen der Eiweißmengen fehlen, wie das bei der Größe der vorhandenen Eiweißmengen selbstverständlich war. *Fischer* (47) fand Albuminurie bei Gehirnerschütterung; *Fürbringer* (49) und *Dukes* (48) konstatierten bei Knaben mit allgemeiner Verstimung ebenfalls Eiweißausscheidung. Die Ursache für diese Albuminurien, wie sie in den eben erwähnten Zuständen auftreten, können äußerst mannigfaltige sein. *Köppen* selbst hält für die bei Psychosen beobachtete Eiweißausscheidung diejenige Theorie für die wahrscheinlichste, welche Blutdruckschwankungen als Ursache für derartige Eiweißausscheidungen annimmt (*Renneberg* und *Posner*). Jedenfalls erscheint es nicht erwiesen, daß die Peptonurie und Albuminurie in direkte Beziehungen zu den zentralen Vorgängen zu bringen ist und etwas aussagt über die im Gehirn sich abspielenden Veränderungen resp. Umsetzungen. Speziell von der Peptonurie hat man oftmals behauptet, daß sie regelmäßig bei progressiver Paralyse zu finden sei. Ja man glaubte sogar die Peptonurie zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse verwenden zu können. (*Maccabruni* (50), *Marro* (51) und *Fronza* (52). *Fronza* behauptet, daß Peptonurie bei der

Paralyse auftrete, wenn auch nicht an jedem Tage. Völlige Abwesenheit mache die Diagnose der Paralyse unwahrscheinlich. *Klippel* und *Serveaux* (54) fanden ebenfalls öfters Eiweiß und Peptone bei Paralytikern und *Laillier* (55) stellte fest, daß Peptonurie bei leichten körperlichen Störungen, bei einer großen Zahl körperlicher Erkrankungen, bei den verschiedensten Geistesstörungen, sei es als Folge der geistigen oder körperlichen Störung, und auch bei Paralyse häufig zu finden sei, jedoch am Anfange der Erkrankung stets fehle. Ich habe in 2 Fällen von progressiver Paralyse im späteren Stadium den Urin mehrfach daraufhin untersucht, ob Albumine oder Albumosen vorhanden waren, und konnte nicht deren Anwesenheit feststellen. Was die oben genannten Autoren unter Peptonurie verstehen, entspricht nicht ganz der heutigen Auffassung; jedoch tut das für unsere Frage nichts zur Sache. Man kann sagen, daß die Albuminurie und Albumosurie nicht, wie es behauptet worden ist, als pathognomonisch für eine psychische Störung anzusehen ist.

Tuczek (56) fand bei abstinierenden Geisteskranken, *Schäfer* (57) bei zirkulären Psychosen keine Albuminurie.

Eine weitere Stoffwechselanomalie, die Acetonurie, ist ebenfalls bei psychischen Störungen oft beobachtet worden. Man hat auch diese in Beziehungen zu Störungen im Zentralnervensystem bringen wollen. Es erscheint jedoch fraglos, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Acetonurie nur der Ausdruck einer Unterernährung ist, wie das *Siemens* (58) und *Tuczek* (59) gezeigt haben. Auf die Mitteilungen *Rivanos* (60), der bei Paralytikern fast immer Aceton gefunden haben will, ist es nicht nötig näher einzugehen. *Laehr* (61) fand bei 8 abstinierenden Geisteskranken zweimal die *Gerhardsche* Reaktion und die *Legalsche* gleichzeitig. Sonst nur die *Legalsche* allein. Die Acetonurie kann bei länger dauernder Karenz wieder verschwinden.

Über die Glykosurie bei Geisteskranken existieren einige Mitteilungen. *Naunyn* (62) weist darauf hin, daß das Zusammenvorkommen beider Störungen nach der Verwandtschaft der Anlagen nicht merkwürdig sei. Das häufige Vorkommen von Glykosurie und alimentärer Glykosurie bei Nervenkranken ist eine zur Genüge bekannte Tatsache. Bei Psychosen sind die Beobachtungen in dieser Hinsicht erst neueren Datums. Die Aufstellung einer besonderen Form von diabetischer Psychose ist bis jetzt nicht anerkannt (*Auerbach* (63) und *Finder* (64)). Auch die Mitteilungen über Glykosurie bei Delirium tremens sind nicht sehr beweiskräftig (*Bumm* (65)). Daß bei Paralyse Glykosurie häufig vorkommt, wird von *Strauss* (66) und *Bond* (67) behauptet. Diese geben einen ziemlich hohen Prozentsatz von Fällen an, in denen Glykosurie sich fand, während die Zahlen von *Laillier* (68) und *Greppin* (69) niedriger sind. *Naunyn* selbst bringt zu diesem Kapitel 4 Fälle, in denen beide Erkrankungen sich komplizierten. *Raimann* (70) hat 1901 eine Mitteilung über die alimentäre Glykosurie bei Geisteskranken gemacht. Seine Resultate waren folgende; *Raimann* wollte feststellen, ob eine Psychose

a sich resp. eine dieselbe begleitende Stoffwechselstörung die Assimilationsgrenze für Dextrose ändern kann. Den Wert der Assimilationsgrenze bestimmte nach der Menge Traubenzucker, welche eine Glykosurie von 0,2 bewirkt, umgerechnet auf 1 kg Körpergewicht. Bei Idiotie fand *Raimann* die Assimilationsgrenze größer als 4,7, bei Melancholikern 1,2—1,9, bei Maniakalischen 9—6,6, bei akuten Verwirrtheitszuständen 2,7—1,4. Die Ursache für diese niedrigen Zahlen bei Melancholikern sieht er in der Verlangsamung des Stoffwechsels, besonders deswegen, weil bei Maniakalischen sich entgegengesetzte Werte finden. In Fällen von Paranoia waren die Zahlen der Assimilationsgrenze sehr different, welche also weniger auf die psychische Störung als auf individuelle Verschiedenheiten zurückzuführen sind. Bei Paralytikern schwankt die Zahl zwischen 0,9 und 4,8, so daß *Raimann* selbst meint, die alimentäre Glykosurie hänge mit dem paralytischen Prozesse nicht zusammen; suchte er jedoch unter den Fällen diejenigen zusammen, welche eine ähnliche Assimilationsgrenze hatten, so zeigte sich, daß diese Fälle klinisch insofern sich ähnelten, als sie dieselben Affektschwankungen zeigten. Bei maniakalischen Paralytikern war die Zahl der Assimilationsgrenze höher, bei deprimierten tiefer. Bei zirkulär verlaufenden Paralytikern änderte sich die Assimilationsgrenze je nach dem Stadium der Erkrankung. *Raimann* findet bei fortgeschrittener Paralyse die Assimilationsgrenze immer niedriger werden. Er macht daraus den Schluß, daß der Paralyse als solcher ein herabsetzender Einfluß auf die Zuckerassimilation zukommt. Auch will *Raimann* gefunden haben, daß die Assimilationsgrenze in allen günstig verlaufenden Fällen, d. h. was die Dauer und Remission angeht, hoch lag, und macht daraus den Schluß, daß dies ein Beweis dafür sei, daß der betreffende Fall wenig zur Erkrankung an Paralyse geneigt sei und eine relativ gute Prognose quoad vitam gestellt werden könne. Interessant ist die Beobachtung, daß nicht die Paralyse als solche die Änderung der Assimilationsgrenze bedingt, sondern der Umstand, ob die Erkrankung mit einem manischen oder depressiven Zustand einhergeht. Die Assimilation für Zucker bei Delirium tremens unmittelbar nach dem Ablauf des Deliriums ist nach *Raimann* sehr niedrig. In einem Drittel der Fälle kam es zu spontanen beträchtlichen Glykosurien, in zehn Fällen nur zu einer geringfügigen Zuckerausscheidung. Hier handelt es sich nach dem genannten Autor um eine Stoffwechselstörung, die im Beginn der Rekonvaleszenz der Deliranten auftritt. Die Assimilationszahl steigt rasch; selbst im Verlauf eines Vormittags konnten beträchtliche Schwankungen konstatiert werden. Dieses Verhalten in bezug auf die alimentäre Glykosurie zeigte auch ein Fall von Kokainwahnsinn. *Raimann* machte aus seinen Beobachtungen noch einen andern Schluß, nämlich daß die Amentia, die senile Demenz, die Paralyse und das Alkoholdelirium mit Stoffwechselstörungen einhergehen (Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Zucker) und daß die diabetische Veranlagung, die darin zum Ausdruck kommt, und die eigentlichen Degenerationspsychosen sich ausschließen, da letztere eine auffallend hohe Assimilationsgrenze zeigen.

Wenden wir uns nun zu den Arbeiten, welche die gesamte Urinabscheidung und die Stickstoffbilanz bei Psychosen zum Gegenstande haben. Solche Arbeiten sind ausgeführt von *Mendel* (71), *Rabow* (72), *Mairet* (73), *Schterbac* (74) und *Tuczek* (75). *Mendel* fand, daß bei chronischen Gehirnerkrankungen die täglich ausgeschiedene Phosphorsäuremenge relativ und absolut geringer sei als die des gesunden. Desgleichen fand er bei maniakalischen Erregungen die Phosphorsäuremenge zu den übrigen festen Bestandteilen des Urins vermindert und nur nach apoplektischen und epileptischen Insulten vermehrt. Für die Herabsetzung der Phosphorsäure der chronischen Geistesstörungen bringt *Mendel* als Erklärung die meist bestehende Herabsetzung der Muskelbewegungen solcher Kranken. Als Zeichen dafür, wie sehr der ganze Stoffwechsel eines Paralytikers gestört sei, führt *Mendel* die oft beobachtete Tatsache an, daß solche Kranke trotz normaler Beschaffenheit aller Organe, ohne Fieber an Körpergewicht täglich verlieren, obwohl sie große Mengen von Nahrung nehmen. Diese Beobachtungen bilden für mich den Ausgangspunkt meiner unten mitgeteilten Versuche. Darin, daß bei maniakalischen Erregungen die Phosphorsäure nicht vermehrt gefunden wird, sieht *Mendel* ein Zeichen dafür, daß dem Gehirn speziell ein Einfluß auf die Stoffwechselvorgänge zukommt. Die körperliche Arbeit allein kann nach *Mendel* die von ihm gefundenen Phosphorzahlen nicht erklären. Die Untersuchungen *Rabows* haben folgende Resultate: Bei melancholischen Kranken war die Harnmenge vermindert und die Chloride auf ein Minimum reduziert. Bei maniakalischen fand er die Urinmenge vermehrt, ebenso die Ausscheidung fester Substanzen. Die von *Rabow* gefundenen Zahlen für Harnstoff und Chloride gestatten keine besonderen Schlüsse nach irgend einer Richtung. In Fällen von hochgradiger nicht paralytischer Demenz fand *Rabow* den Harnstoff und die Chloride nicht entsprechend der aufgenommenen Nahrung vermehrt, und er spricht daher von einer Verlangsamung des Stoffwechsels. *Rabow* erwähnt dann ferner noch, daß einzelne Kranke unabhängig von der Nahrungsaufnahme oft in kürzester Zeit erstaunliche Zu- und Abnahme des Körpergewichts bieten, und daß Geisteskranke die Abstinenz viel länger ertragen als Gesunde. *Tuczek* hat über den Stoffwechsel der abstinenten Geisteskranken folgende Mitteilung gemacht (über seine Beobachtungen betreffend die Acetonurie und Albuminurie habe ich schon berichtet). Seine Versuche beziehen sich auf 2 Fälle. Die Reaktion des Urins war stets sauer, die Indicanurie fehlte bei vollständiger Eiweißkarenz. Die Wasseraufnahme in den ersten Tagen nach völliger Abstinenz war eine beträchtliche und bedingte die gelegentlich beobachteten Gewichtszunahmen bei Patienten, die keine Nahrung nahmen, sondern nur Wasser tranken. Die Stickstoffausscheidung betrug am 15. bis zum 22. Hungertage 4,26 g, am 9. bis 28. Hungertage 4,3 g. Die Chlorausscheidung erreichte die tägliche Höhe von 1,8. Die Phosphorsäure verhielt sich zum Stickstoff wie 6:1 oder 4,3:1. Die Stickstoff- und Schwefelsäurekurve heben sich nach der Rückkehr zur Nahrungsaufnahme parallel miteinander. Erwähnen möchte ich noch, daß *Tuczek* die

ihm gefundenen niedrigen N-Zahlen nicht im Sinne eines retardierten Wechsels deutet. *Mairet* und *Schterbac*, deren Untersuchungen wir oben Normalen schon eingehend erörtert haben, haben nun auch an Geisteskranken Untersuchungen in derselben Richtung angestellt. *Mairet* hat die Stoffausscheidung, die gesamte Phosphorsäureausscheidung und das Verhältniß der an Alkalien gebundenen zu der an Erden gebundenen Phosphorsäure bestimmt. Er findet die Stickstoffausfuhr und die an Alkali gebundene Phosphorsäure bei maniakalischen Patienten vermehrt. Diese Vermehrung ist natürlich in der übermäßigen Steigerung der Muskeltätigkeit ihren Grund haben, von der festgestellt ist, daß sie diesen Einfluß auf die gesamte Ausscheidung hat. *Mairet* besweifelt, daß dieser Umstand allein die Ursache vermehrten Zersetzungs ist. In seinen Versuchen fehlen aber die Bestimmungen der Phosphorsäure in der Nahrung und in den Faeces. Daher ist kaum angängig, aus seinen Zahlen sichere Schlüsse zu ziehen und die gefundene Mehrausscheidung der Phosphorsäure ohne weiteres die toxische Störung zur Erklärung heranzuziehen. Bei Idiotie und Dementia *Mairet* die Ausscheidung des Stickstoffes herabgesetzt. Er sagt: *La Menge diminue l'élimination de l'azote, de l'acide phosphorique uni aux bases et de l'acide phosphorique uni aux alcalis.* *Mairet* macht aus seinen Versuchen den Schluß, daß „l'aliénation mentale modifie les échanges nutritifs. Ils se passent au sein du système nerveux“. Seine Resultate lassen jedoch noch verschiedene Deutungen zu. *Schterbac* fand bei einem Idioten die Stickstoffbilanz unverändert gegen die eines normalen Menschen; dagegen war er in der Phosphorausscheidung desselben Falles, den er fünf Tage lang untersuchte, insofern eine Änderung, als die Ausscheidung quantitativ auffallend beständig war, wie das beim normalen Menschen kaum vorkommt, bei welchem die Phosphorzahl sehr beträchtlichen Schwankungen unterworfen ist. *Schterbac* berechnet den Phosphorsäureumsatz auf 56,7% Zufuhr und erklärt seine Beobachtung damit, daß die Idioten ein geringeres Phosphorbedürfnis haben wegen der geringeren Gehirnmasse und Gehirnigkeit. Die Gleichmäßigkeit der Phosphorsäureausscheidung beruht nach *Schterbac* auf dem Fehlen der Schwankungen der Geistestätigkeit, wodurch die größere Beständigkeit der Ausscheidungen ermöglicht wird. Selbst wenn diese letzten Schlußfolgerungen nicht ganz zutreffen, so erscheinen diese Resultate in bezug auf die Stickstoff- und Phosphorsäureausscheidung doch wahrscheinlich und zuverlässig. Denn Verfasser bestimmte nicht nur die Phosphorsäure des Urins, sondern auch die der Nahrung und der Faeces. Allerdings hat *Schterbac* nur 1 Fall von Idiotie meines Wissens untersucht. Einige Arbeiten beschäftigen sich mit der Resorption und der Verdauungsleistung bei Geisteskranken. *Grube* (76) fand die Salzsäureabscheidung bei Geisteskranken im wesentlichen normal und konnte nur geringfügige Abweichungen konstatieren. Bei maniakalischen fand er eine Hyperazidität, bei Paralytischen eine sehr unregelmäßige Säureproduktion. Die Motilität des Magens gab er bei der Manie als gesteigert an und fand die Stärkeverdauung

wegen der hohen Azidität meist verschlechtert. *Leubuscher* (77) machte über die Salzsäureproduktion bei Geisteskranken folgende Angaben: In 12 Fällen von Melancholie fand er bald gesteigerte, bald verminderte Salzsäureproduktion. In 5 Fällen von Manie war dieselbe gesteigert und bei Paralyse und Paranoikern ergaben seine Untersuchungen keine besonderen Resultate. Intellektuelle Vorgänge haben nach ihm keinen Einfluß, dagegen fand er, daß mit dauernden Ausfallerscheinungen auf motorischem und psychischem Gebiet eine Abnahme der Salzsäuresekretion eintritt, wie sich das für paralytische Anfälle und bei raschem geistigen Verfall konstatieren ließ. In Fällen mit starker motorischer Erregung ist die Salzsäure gesteigert, und dieselbe Wirkung sollen nach *Leubuscher* auch katatonische Zustände haben. In späteren Untersuchungen fanden *Leubuscher* und *Ziehen* (78) bei zunehmendem psychischem und somatischem Verfall der Paralytiker eine Tendenz zur Hypochlorhydrie; dasselbe Verhalten zeigten funktionelle Psychosen mit nachfolgender Dementia. Den depressiven Formen kommt nach den genannten Autoren eine Neigung zu hoher Salzsäuresekretion zu, während die motorischen Akte keinen Einfluß in dieser Richtung ausüben. *Noorden* (79) fand bei 14 Melancholikern eine beschleunigte Entleerung des Magens, Hyperazidität, eine genügende eiweißverdauende Kraft und keine Hypersekretion in nüchternem Zustande.

Rica (80) hat den Mageninhalt künstlich ernährter Psychosen einige Stunden nach der Einführung der Nahrung untersucht und zwar mittels Aufsaugen des Magensaftes mit Schwämmen und fand in einigen Fällen von Pellagra und Stupor die Salzsäureproduktion vermindert. Es läßt sich aus all diesen Versuchen nur soviel ableiten, daß wohl ein gewisser Einfluß der psychischen Störungen auf die Sekretionsverhältnisse des Magens vorhanden ist; daß aber eine bestimmte Form psychischer Erkrankung auch eine besondere Störung auf die Verdauungsorgane ausübe, hat sich nicht zeigen lassen.

Eine große Zahl Arbeiten beschäftigen sich mit dem Nachweis einer gesteigerten Toxizität des Blutes und des Urins bei Psychosen. Die Resultate dieser Arbeiten sind nicht derart, daß spätere Versuche auf dieselben zurückkommen brauchen. Außerdem haben neuere Untersuchungen ja gezeigt, auf wie schwachen Füßen derartige Untersuchungen über die Toxizität des Urins bestehen. Auch die Untersuchungen über Blutveränderungen bei Psychosen haben bis jetzt nichts zutage gefördert, was einer besonderen Erwähnung bedürfte.

Besondere Besprechung bedarf nur noch das Verhalten des Körpergewichts bei Psychosen. Über dieses Thema liegen eine Anzahl Beobachtungen vor. Es fragt sich, inwieweit das Körpergewicht der Geisteskranken abhängig ist von der Nahrungsaufnahme und den Bewegungsakten, und ob sich nicht noch andere nervöse Einflüsse nachweisen lassen, welche das Verhalten eines hungernden normalen Menschen von dem eines abstinenten Geisteskranken in bezug auf das Verhalten des Gewichtes und der Urinausscheidung wesentlich unterscheiden. Es knüpft sich ferner daran die Frage, inwiefern der Ernährungszustand den Ablauf der Psychosen beeinflussen

ann, und ob es psychische Symptome gibt, die ihrerseits erst durch beträchtliche Grade einer Unterernährung zustande kommen. Sicher ist zunächst das, daß die Abstinenz von Geisteskranken, jedoch nicht von allen, länger ertragen wird als von normalen Menschen. Daraus machen manche Autoren den Schluß, daß z. B. bei Melancholikern es nicht geboten erscheint Nahrung künstlich zuzuführen, da dieselbe von den Kranken instinktiv gemieden wird und durch Zufuhr derselben ihr Zustand nur verschlimmert werden könnte. Eine Anschauung, die gegenwärtig nicht mehr zu Recht besteht. Soviel steht fest, daß in vielen Fällen die Abstinenz so bedeutende Abnahme der Kräfte und Kollaps erzeugt, daß die Zuführung von Nahrung geboten erscheint. Der Hungerzustand als solcher setzt anatomische Veränderungen im Gehirn (*Popof* (81), *Rosenbach* (82), *Ochotin* (83) und *Mangowski* (84)) und kann das Krankheitsbild durch Auftreten von Erschöpfungssymptomen modifizieren. Außerdem findet man oft, daß, nachdem einige Zeit der Hungerzustand gut ertragen wurde, der Kollaps sehr rasch eintritt, Erfahrungen, die von *Luciani* bei Hunden gemacht wurden, welcher fand, daß, wenn das Tier 40—45% seines früheren Gewichtes eingebüßt hatte, der Verfall plötzlich eintritt. Die Behauptung von *Mairet* (85) und *Bose*, nach welcher es eine besondere Gruppe von Psychosen infolge Unterernährung gibt, bedarf erst weiterer Belege.

Auf die gewöhnlichen Erfahrungen über den Parallelismus von Körpergewicht und psychischer Störung weise ich nur kurz hin, da sie allgemein bekannt und sichergestellt sind. Die gewöhnliche Regel, daß mit oder vor der beginnenden Genesung auch das Körpergewicht zunimmt, findet gelegentlich eine Ausnahme, auf welche *Sioli* (86) und *Nasse* (87) hingewiesen haben. *Sioli* erwähnt das Absinken des Gewichtes als Zeichen beginnender Genesung bei Manie. *Nasse* hat schon vor 40 Jahren recht genaue Beobachtungen in bezug auf das Körpergewicht gemacht, wenn er auch Nahrungsaufnahme und Urin nicht berücksichtigt hat. Er fand in der Rekonvaleszenz Gewichtszunahmen von 1—1½ Pfd. pro Tag; spätere Gewichtsabnahmen in Genesungsfällen leitet er von Zufälligkeiten ab. Ferner meint er, daß eine sehr geringe Zunahme trotz Genesung sich in jenen Fällen fand, welche bereits mehrfach erkrankt waren, so daß es den Anschein hat, als ob eine beträchtliche Anlage zu psychischer Erkrankung nicht ohne Zusammenhang mit der genannten geringen Veränderung des Körpergewichtes stehen könne. *Nasse* hat Fälle während 1—2 Jahren mittels Sondenfütterung erhalten. Die Ernährungsverhältnisse haben seiner Meinung nach eine wesentliche Bedeutung für die Therapie der Psychosen. *Nasse* konnte schließlich die Angabe *Albers* (88) nicht bestätigen, daß unter der Opiumbehandlung Geisteskranker eine Gewichtszunahme von 1 Pfd. pro Tag erzielt werden könne. *Fürstner* (89) erwähnt Gewichtsabfall von 5—8 Pfd. pro Tag und von 10—13 Pfd. in wenigen Tagen. Für derartige Gewichts differenzen ist wohl plötzlich eintretender Wasserverlust als Erklärung heranzuziehen, wie das unten in meinen Versuchen noch gezeigt wird.

Eigene Versuche.¹⁾

Die hier folgenden Versuche, die ich im Laufe von etwa zwei Jahren ausgeführt habe, gehen von der oben bereits erwähnten bekannten Beobachtung aus, daß Geisteskrankte oftmals trotz reichlicher Nahrungszufuhr nicht an Körpergewicht zunehmen, ja sogar abnehmen können, und daß bei Geisteskranken häufig rasch eintretende Gewichtsschwankungen vorkommen. Es fragt sich nun, wodurch werden diese Gewichtsschwankungen hervorgerufen. Sind dieselben nur bei Psychosen in dieser Weise beobachtet, und haben wir es hier mit einem besonderen Einfluß psychischer Störungen auf den Stoffumsatz zu tun, oder erklären sich jene Gewichtsschwankungen aus denselben Bedingungen, die auch beim geistig normalen Menschen rasche Änderungen des Körpergewichts veranlassen? Die bis jetzt darüber vorliegenden Beobachtungen und Versuche geben darüber keine genügende Auskunft.

Zur Erklärung der extremen Gewichtsschwankungen mancher Geisteskranker können verschiedene Umstände herangezogen werden. Erstens kann die Resorption vom Darne aus infolge einer organischen Erkrankung des letzteren gestört sein, oder die Tätigkeit des Magendarmtrakts liegt infolge funktioneller Störungen, die ihrerseits sehr wohl von der Psychose abhängig sein können, danieder, und die Resorption wird dadurch beeinträchtigt. In den rasch sich vollziehenden Schwankungen im Wassergehalt des Körpers wird man eine weitere Ursache für die Gewichtsschwankungen finden können. Eine vierte Möglichkeit, die je nach der Art des Falles in Betracht kommen kann, ist die, daß der gesteigerte Bewegungsdrang und eine vermehrte Wärmeabgabe auch eine wesentliche Steigerung des Kalorienbedürfnisses bedingt. Es wurde in der Einleitung der Versuche *Specks* gedacht, aus denen hervorgeht, daß auch kleine Bewegungen, Lageveränderungen, unbequeme Stellungen, ja leichtes Zittern infolge von Abkühlung auf den Sauerstoffverbrauch steigernd einwirken.

Daß für zahlreiche Fälle die Steigerung der Bewegungen, sei es in Form des Bewegungsdranges, sei es in Form der Haltungs-

¹⁾ Über diese Versuche wurde auf der Naturforscherversammlung in Breslau 1904 teilweise berichtet.

tereotypien, als Erklärung für die Änderungen des Körpergewichtes herangezogen werden muß, ist sehr wahrscheinlich. Aber man hat auch Fälle mit starkem Bewegungsdrang beobachtet, welche während und trotz dieser Bewegung an Gewicht zunahmen, und andererseits gibt es Kranke, welche bei vollkommen fehlendem Bewegungsdrange und bei genügender Nahrungsaufnahme dauernd abnehmen. In diesen Fällen, welche wohl hauptsächlich unser Interesse verdienen, ist an die Möglichkeit zu denken, daß es zu einem pathologisch gesteigerten Stoffumsatz kommt, daß ein toxischer Eiweißzerfall stattfindet, wie das für andere pathologische Zustände bekannt ist. So ist beim Morbus Basedow der Zustand der Ernährung nicht von dem Zustand der Verdauungsorgane abhängig. Man beobachtet rapide Abmagerung bei reichlichster Nahrungsaufnahme und vortrefflicher Ausnutzung (*Fr. Müller, Lepine*).

Ich wählte zu meinen Versuchen akute schwere Fälle, die dem Krankheitsbilde der Katatonie zuzurechnen waren, und welche in bezug auf die Nahrungsaufnahme ausgesprochene Störungen zeigten. Diese Gruppe von Fällen war, abgesehen davon, daß sie akut begonnen hatten, besonders deswegen geeignet, weil bei ihnen gerade häufig jene raschen Gewichtsschwankungen beobachtet werden, und weil die bei ihnen oft bestehende völlige Abstinenz die Berechtigung zu einer künstlichen Nahrungszufuhr gab, so daß eine quantitative Bestimmung derselben ermöglicht wurde. Unter diesen Fällen wurden dann nur solche ausgewählt, welche keinerlei körperliche Störungen, speziell nicht von seiten des Darmes, boten, welche keinen Bewegungsdrang boten und bei der Deponierung der Exkremeute vollkommene Sauberkeit walten ließen. Bei Kranken der Katatoniergruppe, die diesen Vorbedingungen genügten, wurde nun, nachdem einige Zeit vorher ganz oder teilweise abstiniert war (auch was die Wasseraufnahme anging), täglich mehrmals mittels Schlundsonde die quantitativ bestimmte Nahrung zugeführt und zunächst darauf geachtet, ob die Resorption vom Darne gestört war. Bei dieser Versuchsanordnung konnte man ferner hoffen auf folgende Fragen Antwort zu erhalten: Gelingt es bei dieser Gruppe von Kranken, welche oftmals die so auffallenden Schwankungen im Körpergewicht

zeigen, durch künstliche Zufuhr reichlicher Nahrung einen Stoffansatz zu erzielen und wie groß ist derselbe? Welche Momente können den Stoffansatz verhindern? Welches ist die Wirkung einer längeren Zeit durchgeführten Überernährung auf die psychischen Störungen? Welches ist die Erhaltungskost solcher Kranken? Inwieweit ist die Wasserretention oder -abgabe an den zur Beobachtung kommenden Gewichtsschwankungen schuld? Kann man den Stoffwechsel dieser Kranken als retardiert bezeichnen? Lassen sich Änderungen in der Zusammensetzung des Urins der so ernährten Kranken feststellen? Geschieht die Einstellung auf Stickstoffgleichgewicht in derselben Weise wie beim Normalen? Kommt es bei diesen Kranken zu einem toxischen Eiweißzerfall? Ist das Verhalten des Körpergewichts und des Urins bei akuter Nahrungsentziehung dasselbe wie bei einem normalen Menschen, welcher nach Tagen reichlicher Ernährung sich plötzlich jeder Nahrung enthält?

Auf einige dieser Fragen können meine Versuche, die noch fortgeführt werden müssen, Antwort geben. Die Resultate gelten nur für eine bestimmte Gruppe von Kranken, für die nahrungsverweigernden, stuporösen Katatoniker.

Versuch 1.

Krankengeschichte. Katharina B., 37 Jahre alt. Diagnose: Katatonischer Stupor mit Nahrungsverweigerung. Die Patientin lag völlig ruhig, meist in aktiver Haltung am Tage halb aufgerichtet im Bett. Sie leistete Widerstand bei passiven Bewegungen. Sonst bestanden keine motorischen Leistungen. Eine Abkühlung des Körpers fand nicht statt. Die Kranke entkleidete sich nicht, deckte sich nicht ab, blieb stets im Bett. In den letzten sechs Tagen vor dem Versuch nahm die Kranke täglich etwas Milch oder Wasser, so daß die Wasseraufnahme immer noch leidlich im Gange war. Das Körpergewicht war von Anfang Juni bis zum 12. Juni von 63,5 auf 62,2 gesunken und ging bis zum 17. Juni auf 61,0 herunter. Vom 18. Juni—27. Juni wurde die Kranke mittels Sonde ernährt. Die Sondenfütterung, welche immer durch die Nase ausgeführt wurde, erwies sich selbst bei einem so ausgiebigen Gebrauch als absolut gefahrlos. Ich habe nicht einen einzigen Unfall zu beklagen. Schluckpneumonien stellten sich in diesen Fällen nie ein. Während der Fütterungsperiode wurden die Kranken in einem besonderen Zimmer isoliert, so daß beim Sammeln der Exkremente keine Verwechslungen usw. möglich waren. Die Abgrenzung der Faeces fand in der gewöhnlichen Weise mittels *Carbo vegetabilis* statt.

Tabelle 1.

Datum	Gewicht kg	Einfuhr		Urin		Faeces			Bemerkungen
		N.	Kalorien	Menge Spez. Gew.	N.	Menge	N.	Fett	
2. Juni	62,2	—	—	400 (1032)	7,2				Die Kranke nimmt nur einige Tropf. Milch.
3. Juni	61,8	—	—	300 (1032)	8,6				
7. Juni	61,3	—	—	315 (1032)	5,82				
8. Juni	61,0	13,12	1060	1420 (1012)	9,2				Die zugeführte Nahrung besteht in Milch u. Eiern.
9. Juni	61,1	13,5	1005	950 (1018)	10,3				
9. Juni	61,0	12,5	1020	1000 (1023)	7,2	65 g trocken	2,4	5,2	
11. Juni	61,2	12,0	1020	550 (1030)	8,74				Zugeführte Wassermenge pro Tag 1 Liter. Kohlehydratzulage.
12. Juni	61,4	13,9	1406	336 (1032)	12,7				
13. Juni	61,6	12,64	1773	300 (1031)	11,9	40 g trocken			
14. Juni	61,5	14,0	1773	280 (1032)	13,27		7,16	12,8	
15. Juni	61,5	14,31	1773	350 (1036)	10,12				
16. Juni	61,5	13,9	2586	480 (1031)	15,8	72 g trocken			do.
17. Juni	61,4	12,1	2586	480 (1030)	11,9				do.

Der Urin wurde täglich auf Eiweiß, Zucker und Indican untersucht. Eiweiß fehlte stets. Leichte Indicanurie bestand immer. Die Zuckerreaktionen fielen stets negativ aus. Die Kranke nahm vom 28. Juni ab wieder spontan Nahrung. In ihrem Zustande hatte sich nichts geändert. In den ersten Tagen der Fütterung und zwar vom dritten ab trat eine geringe Zunahme des Gewichts ein und zwar von 0,6 kg im allmählichen Anstieg. In dieser Periode blieb die Kalorienzufuhr hinter dem Bedarf zurück. Vom sechsten Tage ab blieb das Gewicht konstant bei einer Kalorienzufuhr von zunächst 28,7 pro Kilo, dann 42,0 pro Kilo.

In der Stickstoffausscheidung ist das bemerkenswert, daß gleich in den ersten Tagen der Sondenernährung eine beträchtliche Stickstoffretention stattfindet, obgleich das Kaloriengewicht nicht erreicht war. Es wurden während des ganzen Versuches retiniert 11,38 g. Die täglichen Stickstoffzahlen zeigen starke Schwankungen, die in der ungleichmäßigen N-Zufuhr und in der Schwierigkeit, den Tagesurin genau abzugrenzen, seine Erklärung finden kann. Vergleicht man die Wasserausscheidung mit der Gewichtskurve, so zeigt sich, daß vom dritten Tage an die Urinmenge sinkt und die Gewichtskurve sich hebt.

Die in den Faeces gefundenen Mengen von Stickstoff und Fett sind als normal zu bezeichnen.

Versuch 2.

Krankengeschichte. Emil B., 47 Jahre alt. Beginn der Erkrankung November 1900 mit depressivem Affekt, Sperrung, Stereotypien, zahlreichen Wahnideen. Selbstbeschuldigungen und hypochondrischen Klagen.

17. Februar 1901 Aufnahme in die Klinik, wo P. auch jetzt noch befindet.

Auf das motorische Verhalten des P. muß noch näher eingegangen werden. P. sitzt halbaufgerichtet ruhig im Bett und behält diese Stellung dabei. Gelegentlich macht er einige langsame Gänge durch das Zimmer. In der Nacht monotonen Jammern und Schreien. Nachts liegt P. ruhig im Bett, schläft nicht viel. Die Abkühlung des Körpers war in diesem Falle bedenklich, da P. auch oft neben seinem Bett, nur mit einem Hemde bekleidet, stand.

Während der Fütterungsperiode lag P. aber dauernd ruhig im Bett und stand nur während der Defäkation auf. In der Gewichtskurve vollzieht sich im Laufe der ersten vier Monate seines Spitalaufenthaltes beträchtliche Schwankungen. Das Gewicht ging von 71,5 auf 61,6 kg herunter. Das Gewichtsmilieu erreichte P. am 17. Juni, nachdem er vorher acht Tage abgestritten hatte und nur etwas Flüssigkeit genommen hatte. Die Fütterungsperiode dauerte dreizehn Tage lang.

Tabelle 2.

Datum	Gewicht	Nahrungs- zufuhr		Urin		Stühle- zahl	Bemerkungen
		N.	Kalorien	Menge Spez. Gew.	N.		
17. Juni	61,6	16,2	1465	1300 (1018)	9,8	1	Pro Tag durchschnittlich
18. Juni	62,8	14,2	do.	850 (1018)	10,5	1	100 g Eiweiß
19. Juni	60,6	13,72	do.	1800 (1018)	12,5	—	87 g Fett
20. Juni	59,7	16,03	do.	1300 (1018)	12,01	—	60 g Kohlehydrat
21. Juni	59,5	15,8	2290	1155 (1018)	13,8	—	2 l Wasser
22. Juni	59,6	16,4	do.	1550 (1017)	22,4 (22,2)	1	Zulage von 200 g Kohlehydrate
23. Juni	59,6	14,17	do.	470 (1028)	5,0	—	
24. Juni	60,0	11,3	do.	1050 (1018)	12,0	—	
25. Juni	59,7	14,7	do.	1000 (1019)	8,8	1	
26. Juni	60,0	22,4	3615	1050 (1014)	14,2	—	Pro Tag durchschnittlich
27. Juni	60,7	23,0	do.	1600 (1017)	17,4	—	140 g Eiweiß
28. Juni	60,7	21,05	do.	1900 (1012)	18,0	—	410 g Kohlehydrat
29. Juni	60,5	24,72	do.	1550 (1014)	21,5	1	140 g Fett
30. Juni	60,5	do.	do.	Verloren gegangen	?	—	3 l Wasser (3malige Fütterung)

Die zu dieser Fütterungsperiode gehörigen Faeces wurden zu 2 Portionen vereinigt und in gewöhnlicher Weise getrocknet.

Die Sondenernährung wurde also am vierzehnten Tage sistiert. Der Kranke zeigte auch jetzt keine Neigung, spontan Nahrung zu nehmen. Die Krankheitsbilde hatte sich nichts geändert.

Tabelle 3.

feucht	trocken	Stickstoff Mittel aus zwei Bestimmungen	Fettgehalt	N.	Fett
430	165	2,65 g enthalten 0,07 g	12,32 g enthalten 2,39 g	4,36 g	32,0 g
850	253	2,78 g enthalten 0,064 g	9,99 g enthalten 2,9 g	5,82 g	73,4 g

In der zweiten Hälfte des Jahres 1901 hielt sich das Körpergewicht annähernd auf der gleichen Höhe (58—60 kg), erreichte am 2. Januar 1902 die Höhe von 65,5, sank dann aber rasch ab.

P. war bis jetzt zwangweise mit Löffel durch die Krankenschwester ernährt worden. Die zugeführte Nahrung konnte nicht genau bestimmt werden wegen des Widerstandes des Patienten bei dieser Art der Ernährung. Das Körpergewicht betrug am 28. Januar nur noch 58 kg, am 29. Januar 56,9, am 30. Januar bis zum 12. Februar wurde dem P. wieder mittelst Sonde die Nahrung verabreicht. In diesen Versuchen habe ich mich darauf beschränken müssen, den N-Gehalt und Fettgehalt der Stühle zu bestimmen, da in dem quantitativen Auffangen des Urins sich Schwierigkeiten einstellten.

Tabelle 4.

Datum	Gewicht	Nahrungszufuhr		Stühle- zahl	Bemerkungen
		N.	Kalo- rien		
9. Januar	58,0	—	—	—	
10. Januar	56,9	—	—	—	
10. Januar	56,7	15,8	1464	—	Die mittels Sonde eingeführte
31. Januar	56,7	23,1	2385	1	Nahrung bestand aus Milch
1. Februar	56,7	do.	do.	—	und Eier (31. Wasser)
2. Februar	56,7	20,8	3615	1	Zulage von Kohlehydraten (300
3. Februar	57,0	dto.	dto.	1	Gramm Zucker pro die)
4. Februar	57,8	dto.	dto.	—	Zulage von 100—120 g Fett
5. Februar	57,8	22,3	4510	—	pro die
6. Februar	57,9	do.	do.	1	
7. Februar	57,8	do.	do.	—	
8. Februar	57,7	do.	do.	—	
9. Februar	57,7	do.	do.	—	
10. Februar	58,0	do.	do.	—	
11. Februar	57,2	—	—	1	Abstinenz
12. Februar	56,8	—	—	—	

Die zu dieser Fütterungsperiode gehörigen Faeces wurden zu drei Partien vereinigt und analysiert.

Tabelle 5.

Faeces			Trocken	Stickstoff Mittel aus zwei Bestimmungen	Gesamt- menge	Fett	Gesamt- menge
1	2	3	120	0,709 g enthalten 0,029 g N.	4,9	8,07 g enthalten 1,93 g	28,7
	4		42	1,235 g enthalten 0,0441 g N.	1,5	?	—
	5		185	1,18 g enthalten 0,0478 g N.	11,5	12,34 g enthalten 3,99 g	59,8

Da der Urin während der ganzen Fütterungsperiode eine deutliche Indicanreaktion gab, wurde an mehreren Tagen das Verhältnis der gepaarten Schwefelsäure zum Sulfatschwefel bestimmt (Methoden *Salkowski*). Es wurden gefunden: am 5. Februar 2,67 Schwefelsäure (davon 0,135 an Indoxyl gebunden); am 6. Februar 3,01 Schwefelsäure (davon 0,281 gebunden); am 7. Februar 2,30 Schwefelsäure (davon 0,24 gebunden). Das Verhältnis der Schwefelsäure zu der Ätherschwefelsäure war nicht gegen die Norm verändert. Zu einer spontanen Glykosurie kam es in keinem Falle. Eine alimentäre Glykosurie e Saccharo, auf welche in der gewöhnlichen Weise geprüft wurde, konnte am 9.—11. Tage des Versuches nachgewiesen werden. Jedoch waren die ausgeschiedenen Zuckermengen, welche nur mit der *Fischerschen* Probe nachgewiesen werden konnten, so gering, daß sie kaum als ein nennenswerter Verlust in Anrechnung gebracht werden können. Die Assimilationsgrenze für Zucker war als normal zu betrachten.

Das Körpergewicht zeigte nun in der folgenden Zeit, in welcher der Kranke anfang spontan geringe Mengen von Nahrung zu nehmen, ohne daß im Krankheitsbilde eine Änderung eintrat, sehr auffallende Schwankungen, und es wurden bald nach dieser Periode künstlicher Ernährung in wenigen Tagen Gewichtszunahmen konstatiert, wie sie durch die dem Kranken künstlich zugeführte Mastnahrung in dem entsprechenden Zeitraume nicht zu erreichen gewesen waren. Diese Gewichtszunahme (vgl. Tabelle 6) fällt zusammen mit einem starken Rückgang der intellektuellen Funktionen.

Tabelle 6.

1902	1.	8.	15.	23.
Februar	57	56,6	58	57,6
April	58,0	60,2	62,5	—
Juni	57,0	58,0	62,3	65,1
September . . .	61,5	65,3	65,9	68,3
Oktober	71,5	73,0	73	72,1
November . . .	73,6	74,0	78,6	—

Die im Beginn der ersten Fütterungsperiode auftretenden Gewichtsschwankungen, die sehr beträchtlich waren, sind auf plötzliche Änderungen

Wassergehalt zu beziehen. Am zweiten Tage fand eine Zunahme des Gewichts um 1,2 kg statt, am dritten Tage wieder eine Abnahme von 2,2 kg. Danach sank das Gewicht konstant langsam, machte keine plötzlichen Schwankungen mehr durch und blieb auf gleicher Höhe, als durch eine Kohlenhydratzulage von 820 Kalorien pro Tag das Kalorienbedürfnis gedeckt sein konnte. Eine beträchtliche Gewichtsschwankung am 24. Juni ließ sich ebenfalls auf eine plötzliche Änderung der Tagesmenge des Urins zurückführen. Die weitere Steigerung der Kalorienzahl auf 59 pro Kilo, mit welcher aber auch eine bedeutende Vermehrung der Wasserzufuhr verbunden sein mußte, bewirkte ein plötzliches Ansteigen des Körpergewichts von 60 auf 60,7 kg am ersten Tage, an welchem diese reichlichere Nahrung geboten wurde. Danach hob sich das Gewicht nicht mehr, obwohl die gleich große Nahrung zufließte. Der Erfolg dieser vierzehntägigen Fütterung war also der, daß das Körpergewicht des letzten Fütterungstages um 1,1 kg hinter dem des ersten Tages zurückblieb. In der zweiten Fütterungsperiode fehlte die anfängliche Gewichtsschwankung. Der Kranke hatte vor der Fütterung täglich kleine Mengen von Flüssigkeit genommen, so daß das Wasserbedürfnis zu Beginn des Versuches gedeckt war. Das Körpergewicht blieb vom ersten Tage an konstant. Die Größe der Nahrungszufuhr war so gewählt, daß schon am ersten Tage das Kaloriengleichgewicht erreicht war. Eine weitere Zulage an Kohlenhydraten während drei Tagen bewirkte ein Steigen des Körpergewichts um 1,1 kg. Dann blieb das Gewicht konstant, ging etwas herunter, obwohl in den folgenden acht Tagen die Zahl der zugeführten Kalorien auf 78 pro Kilo gesteigert wurde. Am zweiten Tage nach dieser Fütterungsperiode war das Gewicht wieder auf demselben Niveau wie vor dem Versuch.

Diese Gewichtszahlen gewinnen erst dann eine Bedeutung, wenn man sie mit der Gewichtszunahme, die einige Zeit nach dieser Fütterungsperiode bei spontaner Nahrungsaufnahme beobachtet wurde, vergleicht. Hier fand man eine Zunahme des Körpergewichtes von 3—4,6 kg innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen, obwohl die Nahrungsmenge während dieser Zeit hinter der zurückblieb, die in der sechstägigen Fütterungsperiode gegeben wurde. Die Stickstoffausscheidung in den letzten beiden Versuchen zeigt ein ähnliches Verhalten wie im Falle 1. Vom ersten Tage ab fand eine sehr beträchtliche Stickstoffretention statt, die auch am Ende der Fütterungsperiode noch nachweisen ließ. Auch an den Tagen, an denen das Kalorien-Gleichgewicht noch nicht erreicht war, wie in den vier ersten Tagen des Versuches 2 (Tabelle 2), zeigte der Organismus das Bestreben, Stickstoff zu retinieren. Es ergab sich eine durchschnittliche Stickstoffretention von 2,7 g pro die. Tuzcek hat in seinen beiden Fällen, deren Stoffwechsel er in der Übergangsperiode von völliger Karenz zur spontanen Nahrungsaufnahme untersuchte, aus der Stickstoffretention einen täglichen Ansatz an Muskelfleisch von 200—400 g berechnet. Die dabei gleichzeitig auftretenden Gewichtsverluste bezog er auf Wasserabgabe infolge nicht gedeckten Wasserbedarfes.

Ob diese gesparten Eiweißmengen eine Fleischmast bedeuten, erscheint jedoch nicht sicher.

Die Untersuchung der zugehörigen Faeces ergab im Versuch 2 einen täglichen Stickstoffverlust von durchschnittlich 0,78 g und einen Fettverlust von 8,17 pro die. Für die letzten fünf Tage der ersten Fütterungsperiode würde dies einen Fettverlust von 9,0% bedeuten (Faeces II), für die erste Hälfte des Versuches von 4,08% (Faeces I). In der zweiten Fütterungsperiode gestalteten sich die Fettverluste in den Faeces der letzten sechs Fütterungstage, an denen der Kranke 78 Kalorien pro Kilo erhielt, nicht ungünstiger. Die wiedergefundenen Fettmengen betrugen 9,96 g pro die. Das bedeutete bei der in diesen Tagen gesteigerten Fettzufuhr aber erst einen Verlust von 4,1%.

Versuch 3.

Es handelt sich um einen 32jährigen Mann, der am 14. April 1902 an akuter Psychose mit zahlreichen Sinnestäuschungen erkrankte. Am 18. April wurde er in die Klinik aufgenommen. Am 19. April wurde konstatiert: Starker Bewegungsdrang wechselt ab mit plötzlichem Verharren in Stellungen Grimassieren, Schnauzkrampf. Völliger Mutazismus. Passiven Bewegungen setzt P. lebhaften Widerstand entgegen. 20. April: Von heute ab fehlt jede motorische Betätigung. P. liegt ausgestreckt im Bett, ohne auch nur eine einzige Bewegung auszuführen. Passiven Bewegungen setzt er beträchtlichen Widerstand entgegen. Die Lage des Körpers auf der Unterlage war nicht so, daß eine nennenswerte Muskelleistung notwendig war, um sie innezuhalten. Die Extremitäten lagen genau der Unterlage an, so daß von einer aktiven Körperhaltung keine Rede war. Beim Versuch, die Augen passiv zu öffnen, schließt P. die Lider fest. Völliger Mutazismus und völlige Abstinenz. Trotz dieses Zustandes konnten die Exkremente quantitativ gesammelt werden. 24. April: P. hat bis heute, also zehn Tage, völlig abstiniert und nur minimale Mengen von Flüssigkeit genommen. Er sieht hochgradig verfallen aus: der Puls ist klein, die Extremitäten kühl. Es wurde zur künstlichen Ernährung geschritten, welche vom 25. April bis 5. Mai durchgeführt wurde.

Die Stickstoffzufuhr habe ich aus Mangel an Zeit nur an den letzten sechs Tagen bestimmen können. Die Faeces, die zu der Fütterungsperiode gehörten, wurden gemischt. Der tägliche Stickstoffverlust betrug durchschnittlich 1,5 g, der tägliche Fettverlust 4,58 g. Es gelang also in diesem Falle, durch Zufuhr der gleichen Mastnahrung wie im vorigen Versuche eine Zunahme des Körpergewichts um 7,5 kg zu erzielen und zwar auch in einem Zeitraum von 11 Tagen. Die Gewichtskurve zeigte am ersten Tag einen raschen Anstieg um 2,2 kg. Dann stieg das Körpergewicht im Gegensatz zu den anderen Versuchen langsam an; es fehlte jede plötzliche Gewichtsschwankung und die Urinmenge hielt sich vom vierten Tage an ungefähr auf derselben Höhe (ausgenommen am sechsten Tage). Auch die Stickstoffausscheidung zeigte keine so großen Schwankungen wie in dem vorigen Versuch. Die Stickstoffretention war ebenfalls eine beträchtliche, es wurden in den letzten

Tabelle 7.

Datum	Gewicht	Nahrungs- zufuhr (Kalorien- zahl)	Urin	N.	Faeces	Bemerkungen
5. April	51,2	ca. 1450	650 (1025)	18,3	—	—
6. April	53,3	ca. 2380	630 (1026)	17,62	—	—
7. April	54,0	do.	420 (1030)	13,4	—	—
8. April	54,3	ca. 4500	900 (1030)	?	—	—
9. April	55,1	do.	970	13,76	100 g trocken	Starker Schweißaus- bruch nach jeder Fütterung.
		N.				
30. April	56,1	23,2 do.	1550 (1018)	17,98	30 g	do.
1. Mai	56,9	20,1 do.	855 (1017)	16,03	—	do.
2. Mai	56,3	24,08 do.	900 (1016)	19,31	60 g	do.
3. Mai	56,6	23,8 do.	955	20,37	30 g	Profuse Schweiße
4. Mai	57,7	25,76 do.	830 (1018)	21,70	—	do.
5. Mai	58,8	20,32 do.	800 (1018)	22,6	70 g	do.

sechs Tagen durchschnittlich 1,7 g pro die retiniert. Da der Kranke zehn Tage lang völlig abstinierte, so war der Wasserbedarf ein sehr großer. Um einen Einblick darin zu bekommen, wie groß in solchen Fällen die durch Wasseraufnahme allein bedingte Zunahme des Körpergewichts ist, ließ ich den Kranken, welcher nach wie vor jede Nahrung verweigerte, im direkten Anschluß an die Fütterungsperiode acht Tage lang ohne jede Nahrung und ohne jede Wasserzufuhr.

Das Körpergewicht ging rasch während dieser Zeit herunter (vergl. Tabelle 8).

Tabelle 8.

Datum	5. Mai	6. Mai	7. Mai	8. Mai	9. Mai	10. Mai	11. Mai	12. Mai	13. Mai
Gewicht	58,7	57,8	55,7	54,8	53,8	52,0	51,8	51,0	50,0
Urin	800	880	665	550	530	470	420	420	390
N.	13,2	12,3	12,3	—	—	—	—	8,2	6,7

Die Einbuße an Körpergewicht in dieser akuten Hungerperiode betrug also 1,5—3,5%. Diese Zahlen sind sehr hoch im Vergleich zu den Zahlen für die Einbuße an Körpergewicht im akuten Hungerzustande des Gesunden. Der Kranke lag während dieser Abstinenzzeit vollständig ruhig im Bett. Er nahm keine aktive Körperhaltung ein, so daß seine Muskeltätigkeit auf ein Minimum reduziert war. Der Wärmeverlust war sehr gering, da der Kranke sich sorgfältig zudecken ließ. Die Stickstoffausscheidung habe ich in den ersten und letzten drei Tagen der Hungerperiode kontrolliert und fand zuletzt

noch eine tägliche Ausscheidung von 6,7 g. Nun wurde dem Kranken mittel Magensonde Wasser zugeführt, dem etwas Kochsalz zugesetzt war.

Tabelle 9.

Datum	Gewicht	Einfuhr	Urin	Faeces	Bemerkungen
13. Mai	50,0	1000 cm ³ Wasser	390 (1020)	—	
14. Mai	50,3	2000 cm ³	490 (1022)	—	Es fehlt jede Schweißproduktion.
15. Mai	52,3	2000	695 (1018)	—	P. hebt gelegentlich die Arme u. öffnet die Augen.
16. Mai	52,6	2000	705 (1020)	—	
17. Mai	53,3	2000	805 (1019)	—	P. geht ohne zu sprechen einigemal durch das Zimmer.
18. Mai	54,0	2000	1000 (1016)	205 feucht 50 trocken	
19. Mai	55,3	2000	1615 (1616)	—	
20. Mai	54,3	2000	1700	—	
21. Mai	55,1	2000	1500 (1016)	—	Oedeme an Händen und Füßen.
22. Mai	55,5	2000	1650	—	
23. Mai	55,7	2000 cm ³ Milch	1400	—	P. spricht einige Worte.
24. Mai	53,8	2000 cm ³ Milch	1620	—	
25. Mai	52,8	2000 Milch	2235	—	P. beschäftigt sich auf der Abteilung.
26. Mai	52,1	1000 Wasser do.	1850	—	Mutismus besteht fort.
27. Mai	51,0	do.	2100	—	

In der nun folgenden Periode vom 27. Mai bis 23. Juli ging das Gewicht langsam auf 49 kg herunter. P. erhielt während dieser Zeit seine Nahrung täglich mit der Magensonde. Vom 15. Juli ab entschloß er sich zur spontanen Nahrungsaufnahme. Das Gewicht hob sich zunächst nur wenig. Am 23. Juli betrug es 50 kg. Nun folgte aber die auffallende Beobachtung, daß in der Zeit vom 23. Juli bis 12. August das Gewicht von 50 kg auf 65,2 kg stieg. Am 30. Juli betrug das Gewicht 54,2 kg; am 6. August 59,2 kg; am 13. August 65,2 kg. P. konnte an diesem Tage entlassen werden, da eine auffällige Remission in der Psychose aufgetreten war. Zu bemerken ist noch, daß während dieser Zeit, in welcher der Kranke spontan Nahrung zu sich nahm, die Menge der zugeführten Nahrung hinter der bei der Fütterungsperiode eingeführten zurückblieb und daß P. während dieser Zeit freiwillig angestrengt auf der Abteilung arbeitete. Der letzte Versuch zeigt, wie große Schwankungen des Gewichtes allein auf Wasserretention zu beziehen sind. Das Gewicht stieg in dieser Periode der Wasserzufuhr um 5,3 kg. Daß die Wasserretention in diesem Falle jedoch nicht den Verhältnissen bei den andern

Fütterungsversuchen entspricht, dafür spricht einerseits das Auftreten von **Excrementen an verschiedenen Körperstellen**, was bei den andern Versuchen nie beobachtet wurde, und ferner der Umstand, daß, als die Wasserzufuhr mit einem gleichen Quantum von Milch vertauscht wurde, ein rasches Absinken des Körpers zustande kam, obwohl die Flüssigkeitszufuhr während der letzten drei Tage um 1000 ccm gesteigert wurde.

Versuch 4.

Der in diesem Falle beabsichtigte Stoffwechselversuch konnte nicht durchgeführt werden, da es schon in den ersten Tagen unmöglich wurde, die Exkremente quantitativ zu sammeln. Der Versuch erscheint mir aber deshalb doch mitteilenswert, weil bei diesem Kranken trotz reichlichster Zufuhr von Nahrung während Monaten ein dauerndes Sinken des Körpergewichts nicht verhindert werden konnte.

Krankheitsgeschichte: Georg H., Müller, 50 Jahre alt. Diagnose: **Katatonischer Stupor**. Die Diagnose gründete sich auf folgende Symptome: Nach einem kurzen Stadium ängstlicher Verwirrtheit folgt ein ausgesprochener Stupor mit zahlreichen Bewegungsstereotypien, **Einförmigkeit der Körperhaltung**, Verbigerationen, energischem Widerstand gegen jede passive Bewegung, **Mutismus** und mehr oder weniger vollständiger Abstinenz. P. liegt im Bett, die Extremitäten und ebenso die Rumpfmuskulatur befinden sich dauernd in einer aktiven, oft unbequemen Lage. Diese aktive Haltung wird auch nachts eingenommen. Der Schlaf ist meist gestört. Gelegentlich steht P. auch neben dem Bett in irgendeiner Stellung, die er dann dauernd einzunehmen pflegt. Oftmals entkleidet er sich. Bewegungsdrang fehlt dauernd vollständig. Ferner bot der Patient keine Zeichen einer körperlichen Erkrankung, speziell auch von seiten des Darmes nicht. Die Krankheit dauerte vom 25. Juli bis 6. November 1901. In dem Krankheitsbilde trat in der ganzen Zeit keine Veränderung auf. Die Sektion ergab vollständig normalen Befund an allen Organen, abgesehen von Fettschwund und Tröckenheit aller Organe. Die Gewichtstabelle und die Tabelle der Nahrungszufuhr gestalteten sich folgendermaßen: In dem Monat Juli ging das Gewicht von 50,4 auf 47,5 herunter.

(Siehe umstehende Tabelle 10.)

Dieser Versuch lehrt nur soviel, daß in einem Falle von Katatonie mit völliger Abstinenz durch monatelang durchgeführte künstliche Ernährung, die den Patienten längere Zeit hindurch in Überernährung hielt, nur in den ersten Tagen eine Gewichtszunahme von 9 Pfund erzielt wurde, daß aber dann trotz Weiterführung der künstlichen Ernährung das Gewicht konstant abnahm und schließlich der Tod in völliger Erschöpfung erfolgte. Es fehlte in dem Falle jede Störung von seiten des Darmes. Es bestanden nie Durchfälle. Im Darne befanden sich bei der Sektion nur mäßige Mengen von normalen Faeces.

Tabelle 10.

Datum	Gewicht in Kgr.	Einfuhr	Bemerkungen
8. Juli	50,4	P. nimmt nur geringe	
10. Juli	50,0	Mengen v. Wasser oder Milch	
25. Juli	47,5	Völlige Abstinenz auch für	
29. Juli	47,2	Wasser	
30. Juli	48,0	115,0 g Eiweiß 100 g Fett 90 g Kohlenhydrate 36 Kalorien pro Kilo	Sonderernährung tägl. zweimal
31. Juli	49,5	175 g Eiweiß 155 g Fett 135 g Kohlenhydrate 54,7 Kalorien pro Kilo	Sonderfütterung täglich dreimal
8. August	51,7	do.	do.
16. August	47,6	175 g Eiweiß 155 g Fett 435 g Kohlenhydrate 82,8 Kalorien pro Kilo	Sonderfütterung täglich dreimal
25. August	44,5	do.	do.
10. Septbr.	44,5	175 g Eiweiß 155 g Fett 435 g Kohlenhydrate 82,8 Kalorien pro Kilo	Sonderfütterung täglich dreimal
24. Septbr.	44,7	do.	do.
2. Oktober	43,5	do.	P. entkleidet sich oftmals u. steht neben seinem Bett
9. Oktober	41,5	Einfuhr wieder auf ca. 40 Kalorien pro Kilo reduziert	do.
15. Oktober	40,0	do.	
31. Oktober	38,0	do.	Fütterung sistiert
1. Novbr.	38,0	—	do.
2. Novbr.	38,0	—	do.
3. Novbr.	37,8	—	Kochsalztransfusion
4. Novbr.	37,6	—	
5. Novbr.	37,3	—	
6. Novbr.	—	—	Exitus

Ein eigentlicher Bewegungsdrang fehlte auch in diesem Fall, aber es ist doch möglich, daß durch die Haltungsstereotypien ein sehr beträchtliches Quantum von Muskelarbeit mehr geleistet wurde, namentlich auch deshalb, weil diese motorischen Störungen oftmals auch während der Nacht fort-

estanden. Schließlich war zu berücksichtigen, daß bei diesem Patienten eine beträchtliche Abkühlung des Körpers durch Entkleiden stattfand, so daß derselbe oft am ganzen Körper zitterte. In diesem Falle haben also ein Plus von Muskulararbeit und eine stärkere Abkühlung des Körpers bei dem Kalorienbedürfnis wesentlich mitgespielt, was in den vorigen Versuchen nicht der Fall war.

Zusammenfassung.

Die in diesen Versuchen gemachten Beobachtungen lassen sich folgendermaßen kurz zusammenfassen: Die Dauer der Fütterungsperioden schwankte zwischen acht Tagen und zwei Monaten. Den Kranken wurde zwei- oder dreimal die Nahrung mittels Sonde gegeben. Keiner der Kranken hat durch diese lange durchgeführten Sondierungen irgend Schaden genommen. Das Quantum der eingeführten Nahrung war verschieden. In einem Falle wurde mit 36 Kalorien pro Kilo begonnen. Später wurden 54 und 82 Kalorien gegeben. Die Zusammensetzung der Kost war 175 g Eiweiß, 155 Fett und 435 g Kohlehydrate. In einem anderen Falle wurde die Kalorienmenge auf etwa 4400 pro Tag erhöht. Das Nahrungsgemisch bestand aus Milch, Eiern, Zucker und Kochsalz. Die Spitalmilch zeigte eine sehr wechselnde Zusammensetzung, und so war es notwendig, täglich Stickstoffbestimmungen in derselben zu machen. Für täglich ausgeführte Fettbestimmungen der Milch reichte die Zeit nicht. Eier und Zucker wurden gewogen. Die Kalorienzahlen sind wegen der mangelnden Fettbestimmungen in der Milch nur approximativ, aber jedenfalls eher zu niedrig als zu hoch berechnet. In den Faeces wurden nach gewöhnlichen Methoden Stickstoff- und Fettbestimmungen gemacht. Der Urin wurde täglich auf alle in Frage kommenden Substanzen untersucht und der Gesamtstickstoff bestimmt. Die Wägungen der Kranken habe ich selbst täglich vorgenommen. Es waren nur solche Kranken, die dauernd im Bett lagen, und bei denen ein Plus an Muskulararbeit nur dadurch bedingt wurde, daß sie unbequeme Stellungen resp. passive Bettlagen einnahmen. Die Kranken waren stets isoliert.

Die Resorption der Eiweißkörper war in keinem Falle nennenswert gestört. Die Stickstoffverluste in den Faeces betrugen 1 bis 2%. Die Fettbestimmungen in den Faeces des Falles 2 ergaben

eine gestörte Resorption, wenn man als die Norm annimmt, daß nicht mehr als 4—6% bei einer Einfuhr von 80—100 g Fett verloren gehen dürfen. Bei einer Fetteinfuhr von 87—140 g pro Tag und darüber sind Verluste von 7—9% als pathologisch zu bezeichnen, zumal da die Resorptionsverhältnisse wegen der Schlackenfreiheit der Nahrung sich besonders günstig gestalten mußten. In den anderen Versuchen war die Fettresorption ungestört. Die Darmentleerung war in allen Fällen etwas verzögert, was zum Teil wohl auf die eben genannte Beschaffenheit der Nahrung zurückzuführen ist, deren Schlackenfreiheit die Peristaltik verzögert. Eine Störung der Magentätigkeit konnte, was die Motilität angeht, nicht konstatiert werden, und selbst in den Versuchen, in denen große Quantitäten von Nahrung dreimal am Tage in Abständen von vier Stunden eingeführt wurden, wurde der Magen bei der zweiten und dritten Fütterung stets leer gefunden. Eine Untersuchung des Magensaftes ist in diesen Fällen wegen des Widerstandes der Patienten mißlungen. Eine Darmerkrankung war in allen Fällen auszuschließen. Auch Zeichen einer auffallenden Darmfäulnis fehlten stets. Zwar trat beim Einsetzen der künstlichen Ernährung stets eine leichte Indikanurie auf; doch erwies sich in den Versuchen des Falles Nr. 2 das Verhältnis der gepaarten Schwefelsäure zu dem Sulfatschwefel als ein normales. Eine spontane Glykosurie wurde nie beobachtet. Die alimentäre Glykosurie war eine geringfügige. Die Assimilationsgrenze für Dextrose war normal. Eine wesentliche Störung der Magendarmtätigkeit ließ sich also bei diesen abstinierenden Kranken nicht nachweisen. Die Fettverluste in den Faeces fallen bei der Größe der Nahrungszufuhr noch kaum ins Gewicht. In allen Versuchen konnte nun eine beträchtliche Stickstoffretention beobachtet werden, welche zwischen 1—2 g pro Tag schwankte. Dieselbe trat auch dann ein, wenn das Kaloriengewicht in den ersten Tagen des Versuchs noch nicht erreicht war, und das Körpergewicht zunächst noch etwas herunterging. Die Kranken verhielten sich also, was die Stickstoffretention anging, wie jene Menschen, welche nach länger dauernder Inanition zu einer reichlichen Nahrungsaufnahme übergehen, und bei denen die Regenerationsenergie der Zellen und das Bestreben, den Eiweißbedarf zu decken, so groß sind, daß selbst aus ungenü-

an Mengen Nahrung Stickstoff zurückbehalten wird. Daß die Stoffretention auf eine Zunahme des Muskelfleisches zu beruhen ist, ist keineswegs erwiesen, selbst in Fällen nicht, in denen die retinierte Eiweißmenge sehr groß war. Eine Stickstoffretention wurde auch in den Fällen konstatiert, in denen eine wertvolle Zunahme des Körpergewichts vollständig ausblieb, das Gewicht infolge gestörten Kaloriengleichgewichts noch abging. Die Annahme, daß das retinierte Eiweiß nur eine Zunahme des zirkulierenden Eiweißes (wie es *Voit* nennt) bewirkt als Reservematerial (wie es *Noorden* nennt) zurückbehalten nicht Organeiweiß wird, ist viel wahrscheinlicher als die andere, daß aller retinierter Stickstoff gleich als Muskelfleisch setzt wird.

Ein toxischer Eiweißzerfall hat sich weder während der Karenzzeit noch in der Fütterungsperiode nachweisen lassen. Die Stoffverluste während der Karenzzeit waren sehr niedrig, wie *Tuczek* seinerzeit bereits bei 2 Kranken fand, die längere Zeit abstinert hatten.

Was das Verhalten des Körpergewichts der Patienten angeht, so zunächst zu sagen, daß alle plötzlichen und sehr auffallenden Gewichtsschwankungen fraglos auf Änderungen im Wassergehalt des Körpers zu beziehen sind. Ich habe das durch einen besonderen Versuch bei dem Kranken Nr. 3 zu zeigen gesucht, der nach einer Periode der Sondenernährung wieder vollständig abstinert hatte, und dessen Körpergewicht vom 5.—13. Mai 58,7 kg auf 50 kg heruntergekommen war (bei vollkommener Ruhe und passiver Bettlage). Die Einbuße an Körpergewicht dieser akuten Hungerperiode betrug also 1,5—3,5 %. Diese sind hoch im Vergleich zu der Einbuße an Körpergewicht nach akuten Hunger der Gesunden. Diesem Kranken wurde nun am 13.—22. Mai täglich 2000 ccm Wasser mit etwas Kochsalz egeführt. Das Körpergewicht ging am ersten Tage von 50 kg auf 52,3 kg in die Höhe und stieg dann kontinuierlich auf 55,5 kg. Es traten leichte Oedeme auf, und plötzlich ging das Körpergewicht innerhalb vier Tagen auf 51 kg herunter, obwohl die Wasserzufuhr gleich blieb. In den andern Fällen zeigten sich solche auffallenden Gewichtsschwankungen auch nur in den ersten Tagen der

Fütterung. Es fragt sich also, ob die in 2 Fällen zu konstatierende Gewichtszunahme überhaupt auf einen Stoffansatz oder nur auf eine Wasserretention zu beziehen war. Es läßt sich das nicht ohne weiteres entscheiden. Aber selbst wenn die während der Darreichung von Mastnahrung konstatierte Gewichtszunahme einen Stoffansatz bedeutet, so ist derselbe ein minimaler im Verhältnis zu der enormen Zunahme des Körpergewichts später, als der Zustand der Kranken sich änderte und dieselben zur spontanen Nahrungsaufnahme übergingen. Das Körpergewicht des Kranken, welchem nur Wasser zugeführt war, ging vom 27. Mai — 2. Juli während täglicher Sondenernährung von 50 auf 49 kg herunter. Am 23. Juli fing er an, wieder spontan zu essen, und nun ging das Körpergewicht vom 23. Juli bis 13. August um 15 kg in die Höhe, obwohl der Kranke in diesen drei Wochen eifrigst gearbeitet hatte, während er vorher zur Zeit der Fütterung ruhig im Bett lag. Bei dem Kranken Nr. 2, welcher während einer Fütterungsperiode von vierzehn Tagen nicht an Gewicht zugenommen hatte, stieg das Gewicht später während spontaner Nahrungsaufnahme in derselben Zeit um 30 Pfund.

Schließlich gibt der letzte Fall ein Beispiel dafür, daß solche Fälle von Katatonie bei reichlichster künstlicher Nahrungszufuhr zugrunde gehen können. In diesem Falle begann die Fütterung am 30. Juli bei einem Gewicht von 48 kg. Am 31. Juli betrug dasselbe 49,5 kg, am 8. August 51,7 kg bei einer Zufuhr von 54,7 Kalorien pro Kilo. Von diesem Zeitpunkt an ging das Gewicht dauernd herunter, obwohl die Fütterungen vom 8. Juli — 8. Oktober fortgesetzt wurden; die täglich zugeführte Nahrung betrug 82,5 Kalorien. Am 9. Oktober betrug das Körpergewicht nur noch 41,5 kg und der Tod erfolgte einige Tage darauf.

Die Sektion (Prof. v. Recklinghausen) ergab vollständig normale Organe, und im Darm fanden sich nur spärliche Mengen normaler Faeces. Diese Tatsachen kann man wohl kaum anders erklären, als so, daß die Regenerationsenergie der Gewebe während einer bestimmten Periode der psychischen Erkrankung resp. infolge derselben so gestört ist, daß man selbst mit Mastnahrung nicht imstande ist, bessere Ernährungsverhältnisse zu schaffen.

Literaturverzeichnis.

1. *Liebermeister*, Pathologie und Therapie des Fiebers. 1875. S. 196.
2. *Krafft-Ebing*, Lehrbuch. 1870.
3. *Voit*, Handbuch, *Hermann*. Bd. VI Teil I S. 209.
4. *Hermann*, Handbuch. Bd. II Teil I S. 141.
5. *Hermann*, Lehrbuch. 9. Aufl. S. 375.
6. *Hermann*, Lehrbuch. S. 45f.
7. *Wundt*, Grundzüge der physiologischen Psychologie. 1880. Bd. I S. 41, 42.
8. *Mainzer*, Experimentelle Studien über die Einwirkung geistiger Tätigkeit auf den Harnstoffwechsel. Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie. 1902. Heft 2.
9. *Speck*, Untersuchungen über die Beziehungen der geistigen Tätigkeit zum Stoffwechsel. Arch. f. exp. Pathologie u. Pharmakologie. 1882. XV S. 81—145.
10. *Speck*, l. c.
11. *Binz*, Arch. f. exp. Pathologie u. Pharmakologie VI S. 310—317.
12. *Durham*, zitiert nach *Speck*. L. c. S. 90.
13. *Mosso* u. *Giacomo*, Zentralbl. f. d. med. Wissenschaft. 1877. S. 343—344.
14. *Frank*, Med. Jahrb. 1876. IV.
15. *Basch*, Med. Jahrb. 1876. IV.
16. *Thannhoffer*, Pflügers Archiv Bd. 19. 1879. S. 254—262.
17. *Bethe*, Allgemeine Physiologie und Anatomie des Nervensystems. 1903. S. 321.
18. *Hammond*, zitiert nach *Speck*. L. c. S. 95.
19. *Speck*, l. c. S. 97.
20. *Schenk*, Über den Einfluß der Muskelarbeit auf die Eiweißzersetzung. Arch. f. exp. Pathologie u. Pharmakologie Bd. II S. 21—31.
21. *Rubner*, Beiträge z. Phys. Festschrift für *C. Ludwig*. 1887. S. 259—268.
22. *Löwy*, Berlin. klin. Wochenschr. 1891. S. 434.
23. *Voit*, Physiologie des Stoffwechsels.
24. *Laehr*, Einfluß des Schlafes auf den Stoffwechsel. Zeitschr. f. Psych. Bd. 46 S. 286.
25. *Vogel*, zitiert nach *Speck*. L. c.
26. *Leschke*, Arch. f. exp. Pathologie u. Pharmakologie Bd. VII S. 115—124.
27. *Böckler*, Über den Schlaf. Zitiert nach *Speck*. L. c. S. 108.
28. *Schweig*, Untersuchungen über die periodischen Vorgänge. 1843.
29. *Speck*, l. c. S. 114.
30. *N. Breed*, Annalen der Chemie u. Pharmakologie Bd. CL.
31. *Boecker*, Arch. f. gemeinsch. Arbeiten Bd. II.
32. *Bischoff*, Zeitschr. f. Biologie Bd. III S. 309.
33. *Zülzer*, Virchows Arch. Bd. LXVI S. 223, 282. — Beiträge z. Medizinalstatistik. 1878. Heft 3 S. 101—155.
34. *Laehr*, l. c.

35. *Mendel*, Arch. f. Psych., Bd. III S. 636.
36. *Huschke*, zitiert nach *Speck*. L. c. S. 117.
37. *Strübing*, Phosphorsäure im Urin unter dem Einfluß oxydierender Mittel.
Arch. f. exp. Pathologie u. Pharmakologie Bd. VI S. 266—278.
38. *Forster*, Zeitschr. f. Biologie Bd. IX. 1873. S. 297—410.
39. *Noorden*, Pathologie des Stoffwechsels. 1893.
40. *Mainzer*, Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie. 1902. Heft 2.
41. *Rosemann*, Verlauf der Stickstoffausscheidung beim Menschen. Pflügers
Arch. Bd. LXV S. 343—392.
42. *Mairet*, Archives de Neurologie. 1885.
43. *Mairet*, Comptes rendus. 1884. S. 282, 461, 438.
44. *Schterbac*, Neurolog. Zentralblatt Bd. X. 1891.
45. *Luciani*, Das Hungern. 1890.
46. *Köppen*, Über Albuminurie und Propeptonurie bei Psychosen. Arch. f.
Psych. Bd. XX S. 825—895.
47. *Fischer*, Volkmanns Sammlung Heft 27.
48. *Duches*, Brit. med. Journal. 1878. S. 794.
49. *Fürbringer*, Zeitschr. f. klin. Medizin Bd. VIII. 1880.
50. *Maccabruni*, zitiert nach Neurolog. Zentralblatt. 1886. S. 114.
51. *Mosso*, Annali di Freniatria. 1888. Bd. I. (Vgl. Neurolog. Zentralblatt.)
52. *Fronla*, La Peptonuria nei paralytici.
53. *Turner*, Journal of mental science. 1889 Oktober. S. 342—356.
54. *Klippel* u. *Serveaux*, Archives de Neurologie. 1894. S. 327 u. 365—379.
55. *Laillier*, Annales médico-psychologiques. 1894. Bd. I S. 27—41.
56. *Tuczek*, Mitteilung von Stoffwechselversuchen bei abstinierenden Geistes-
kranken. Arch. f. Psych. Bd. XV S. 784—799.
57. *Schäfer*, Neurolog. Zentralblatt. 1882. S. 197.
58. *Siemens*, Neurolog. Zentralblatt. 1884. Nr. 18 — und Arch. f. Psych.
Bd. XIV, XV.
59. *Tuczek*, l. c. S. 788.
60. *Rivano*, Neurolog. Zentralblatt. 1889. S. 145.
61. *Lachr*, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XLIV S. 496.
62. *Naunyn*, Diabetes S. 282. 68.
63. *Auerbach*, Deutsches Arch. f. klin. Medizin Bd. XLI S. 495.
64. *Finder*, Psychose und Diabetes. Diss. Berlin.
65. *Bumm*, Berl. klin. Wochenschr. 1891. S. 1882.
66. *Strauss*, Deutsche med. Wochenschr. 1897. S. 275 u. 310.
67. *Bond*, Zentralblatt f. Nervenheilkunde. 1896. S. 307.
68. *Laillier*, Glycosurie chez les aliénés Paus. 1809.
69. *Greppin*, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XLVI.
70. *Raimann*, Wiener klin. Wochenschr. 1901.
71. *Mendel*, Arch. f. Psych. Bd. III S. 21.
72. *Rabow*, Arch. f. Psych. Bd. VII.
73. *Mairet*, l. c.

74. *Schterbac*, Neurolog. Zentralblatt. 1891.
75. *Tuczek*, l. c. und Neurolog. Zentralblatt. 1884. S. 307.
76. *Grabe*, Petersburg. med. Wochenschr. 1891. S. 30.
77. *Leubuscher*, Klinische Untersuchungen über die Säureabscheidung bei Nerven- und Geisteskranken. Neurolog. Zentralblatt. 1891. S. 287.
78. *Leubuscher* u. *Ziehen*, Klinische Untersuchungen über die Salzsäureabscheidung des Magens bei Geisteskranken. 1892.
79. *Noorden*, Klinische Untersuchungen über die Magenverdauung bei Geisteskranken. Arch. f. Psych. Bd. XVIII S. 547—577.
80. *Riva*, Neurolog. Zentralblatt. 1883. S. 141.
81. *Popof*, Dir. Petersburg. 1882. (Vgl. *Rosenbach*.)
82. *Rosenbach*, Neurolog. Zentralblatt. 1883. Nr. 15.
83. *Ochotin*, Neurolog. Zentralblatt. 1883. Nr. 15.
84. *Mangoriti*, zitiert nach *Rosenbach*.
85. *Mairet* und *Bosc*, Ann. med. psych. 1892 Jan.-Febr. S. 17—30.
86. *Sioli*, Neurolog. Zentralblatt. 1882.
87. *Nasse*, Zeitschr. f. Psych. Bd. XVI. 1859. S. 541—603.
88. *Albers*, Deutsche Klinik. 1854. S. 32.
89. *Fürstner*, Neurolog. Zentralblatt. 1889. S. 553.
90. *Mosso* und *Maggiore*, Du Bois' Arch. 1890. S. 90 u. 190.
91. *Tangl*, Pflügers Arch. Bd. LXI.
92. *Tudichum*, Zur chemischen Konstitution des Gehirns. 1901.
93. *Mott*, Vorlesungen aus der Pathologie des Nervensystems. 1902.
94. *Schulze*, Zeitschr. f. Biologie. Bd. XIX S. 301.
95. *Stark*, Zeitschr. f. Psych. 1888. Bd. XLIV S. 157.
96. *Gürtler*, Arch. f. Psych. Bd. XIV S. 17.
97. *Leyden*, Nervöse Dyspepsie, Berl. klin. Wochenschr. 1885. S. 473 u. 497.
98. *Siegmund*, Urinveränderungen bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. LI S. 602.
99. *Herzog*, Arch. f. Psych. 1898. Bd. XXXI S. 170.
100. *Wagner*, Über Psychosen auf Grundlage gastrointestinaler Autointoxikation. Wiener klin. Wochenschr. 1896.
101. *Liepmann*, Über Albuminurie und Albumosurie bei Delirium tremens. Arch. f. Psych. Bd. XXVIII S. 570.
102. *Richter*, Arch. f. Psych. Bd. VI S. 565.
103. *Hebold*, Subnormale Temperaturen bei Geisteskranken. Arch. f. Psych. Bd. XIII S. 686.
104. *Bechterew*, Körpertemperatur bei Geisteskranken. Arch. f. Psych. Bd. XIII.
105. *Buchholz*, Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie Bd. IX S. 269.
106. *Pfister*, Die Abstinenz der Geisteskranken. 1899.
107. *Klein*, Schlundsondenernährung Geisteskranker. Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie. Bd. III S. 343.

Manisch-depressives Irresein und Arteriosklerose.

Von

Oberarzt Dr. Albrecht, Treptow a./Rega.¹⁾

Während früher bei den Störungen des Blutkreislaufs das Herz als Zentralorgan vorwiegendes Interesse erweckte, hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten das vorwiegende Interesse den Krankheiten der peripheren Blutgefäße, vor allem der Arteriosklerose zugewandt. Nicht nur im Forschungsgebiet der inneren Medizin ist die Symptomatologie der allgemeinen Arteriosklerose erweitert, auch in der Psychiatrie sind ihre Beziehungen zu Geisteskrankheiten näher studiert und festgelegt. So kam es seit 1894 zur Aufstellung einer besondern Form der Geistesstörung, des arteriosklerotischen Irreseins, welches sich schnell Bürgerrecht in den psychiatrischen Lehrbüchern erworben hat. Es ist vielleicht nicht ohne Wert, den Beziehungen der Arteriosklerose auch zu anderen Formen der Psychosen nachzugehen, und da scheint mir gerade das manisch-depressive Irresein (*Kraepelin*) oder die periodischen Geistesstörungen anderer Autoren Erfolg zu versprechen.

Es ist nicht unbekannt, daß bei der manisch-depressiven Psychose neben der erblichen Belastung auch eine erworbene Disposition eine ursächliche Rolle spielt. Eine solche wird z. B. gesetzt durch frühere Gehirnkrankheiten (Hirnhautentzündung, Kinderkrämpfe) und Schädeltraumen mit Hinterlassung einer „Hirnarbe“, die beide das Gehirn zum locus minoris resistentiae machen. Eine Arbeit von *Pilcz*²⁾ stellt 25 Fälle periodischen

¹⁾ Aus der Provinzialheilanstalt Treptow a./R.

²⁾ *Pilcz*, Zur Ätiologie u. pathol. Anatomie d. period. Irreseins. Monatshefte f. Psychiatrie u. Neurologie (*Ziehen*) 1900 Bd. 8.

irreseins zusammen, von denen 17 mit derartigen organischen Hirnveränderungen einhergingen; 11 von diesen betreffen nach der Schilderung offenbar arteriosklerotische Gefäßerkrankungen, sechsmal ist die Psychose nach einer Apoplexie aufgetreten. Später ist von *Schreiber*¹⁾ und *Neisser*²⁾ je ein Fall von manisch-depressivem Irresein nach Schlaganfall, und von *Stransky*³⁾ ein solcher mit zerebralen Herderscheinungen beschrieben. *Kraepelin* sagt in der neuesten (7.) Auflage seines Lehrbuches, daß die Prognose des manisch-depressiven Irreseins durch seine Beziehungen zur Arteriosklerose getrübt werde; zahlreiche Erfahrungen sprächen für das frühzeitige Auftreten arteriosklerotischer Veränderungen bei diesen Kranken, bisweilen entwickle sich die Geistesstörung geradezu nach einem Schlaganfall. In den übrigen psychiatrischen Lehrbüchern und in der Literatur finde ich keine weiteren Angaben über das Verhältnis beider. Ich halte deshalb eine Prüfung des mir zu Gebote stehenden Krankenmaterials nach dieser Richtung hin für begründet.

Ich verfüge im ganzen über 54 Fälle (19 M. 35 Fr.), bei denen die Diagnose durch in der Anstalt beobachtete manische und depressive Phasen sichergestellt ist. Einmalige Melancholien und Manien, deren Berechtigung als selbständiges Krankheitsbild neuerdings von mancher Seite ganz in Zweifel gezogen wird, habe ich selbstverständlich nicht eingerechnet. Wie nahe allerdings sich beide stehen, zeigen zwei meiner Beobachtungen, in welchen nach zehn- resp. achtzehnjährigem ununterbrochenen Bestehen einer Melancholie ein Umschlag in die Manie erfolgte. So mag sehr wohl der Tod mancher Melancholischen in den früheren Krankheitsstadien die Erkennung ihrer Krankheit als eines Teilschnittes des manisch-depressiven Irreseins tatsächlich unmöglich machen, denn leider können wir bis jetzt die Melancholie als

¹⁾ *Schreiber*, Ein Fall von 7 Jahre andauerndem zirkulären Irresein usw. Archiv f. Psychiatrie 1901 Bd. 34.

²⁾ *Neisser*, Zur Ätiologie der period. Psychosen. Psychiatr.-neurol. Wochenschrift. 1901/02.

³⁾ *Stransky*, Beitrag z. Lehre von den period. Psychosen. Monatshefte f. Psychiatrie u. Neurologie (*Ziehen*) 1902. Bd. 11.

selbständiges Krankheitsbild und die depressive Phase einer manisch-depressiven Erkrankung klinisch von vornherein nicht unterscheiden. Ein gewisser Grad von Verblödung, den auch *Kraepelin* bei letzterer zugesteht, war für die Diagnose meiner Fälle nicht immer ausschlaggebend. Es handelt sich hier jedoch nur um wenige (5) Fälle, welche insgesamt sehr lange, über zwanzig Jahre krank und anstaltspflegebedürftig waren, aber bis zuletzt ausgesprochenen Wechsel von manischen und depressiven Zeiten boten.

Ich weiß sehr wohl, daß bei der Kleinheit meines Materials Vorsicht in allgemeinen Schlußfolgerungen geboten ist. Immerhin glaube ich, daß auch bei diesen Zahlen der Zusammenhang zwischen Geistesstörung und Arteriosklerose nicht bloß zufällig, sondern physiologisch begründet ist, und es würden Jahre oder Jahrzehnte vergehen, ehe ich allein ein nur durch seine Zahlen zwingendes Beobachtungsmaterial beisammen hätte.

Für die Diagnose einer Arteriosklerose waren für mich natürlich die klinischen Zeichen einer solchen entscheidend: ergänzt wurden sie, soweit möglich, durch Sektionsbefunde. Fühlbare Wandverhärtung, zumal beim Rollen der Schlagader unter dem Finger, weniger die Schlängelung waren zunächst maßgebend für die Diagnose, in zweiter Linie Nachweis einer Herzhypertrophie und Verstärkung des 2. Aortentons. Es ist mir sehr wohl bekannt, daß gelegentlich die Arteriosklerose eine rein lokale Erkrankung darstellen und ihr klinischer Nachweis dann unter Umständen unmöglich sein kann. Für gewöhnlich ist sie aber der Ausdruck einer Allgemeinerkrankung,¹⁾ und man geht deshalb meist nicht fehl, wenn man aus einer Erkrankung zugänglicher Gefäße den Rückschluß auf einen gleichen Zustand nicht zugänglicher macht. Bei der Mehrzahl meiner Fälle, bei welchen die Sektion Sklerose innerer Arterien erwies, war bereits im Leben diese Wahrscheinlichkeit durch palpable Veränderungen anderer Gefäße nahegelegt. In einigen Fällen konnte ich den Gärtnerschen Tonometer zur Unterstützung der Diagnose heranziehen. Als normale Werte gelten für Männer 90—110, für Frauen 80 bis

¹⁾ Vergl. *Burwinkel*, Allg. Ätiologie und Therapie der Arteriosklerose. Berl. Klin. Wochenschr. 1905 Nr. 16.

0 mm Quecksilberstand.¹⁾ Diese Zahlen stimmten mit den von mir einer Reihe Gesunder gefundenen überein. Immerhin sind die Ableitungen des Gärtnerschen Tonometers mit Vorsicht zu verwerten. Einerseits finden sich infolge relativer Herzschwäche selbst bei Patienten mit fühlbarer unzweifelhafter Arteriosklerose niedrige Blutdruckwerte, andererseits bieten ganz jugendliche, gesunde Individuen infolge nervöser Erregung höhere Zahlen, ähnlich wie die Ableitung der Pulse aus psychischen Einflüssen, z. B. bei der ärztlichen Untersuchung, bei derartigen Personen ansteigt. Beide Erscheinungen sind in den angeführten Arbeiten über den Blutdruck auch bei Geistesgesunden bereits von anderer Seite festgestellt.

Meine Fälle sind kurz folgende:

I. Männer.

1. L., geb. 1816. Bruder geisteskrank. Selbst seit 1853 geisteskrank. Seit 1863 in Anstalten. Manische Phasen von etwa vierwöchiger Dauer, depressive meist kürzer, dazwischen mehrere Wochen normalen Verhaltens. Keine Dementia. 1902 unter den Zeichen der Erschöpfung gestorben. Sektion ergab dickwandige, stark klaffende Gefäße an der Hirnbasis; in der Aorta zahlreiche gelbe Wandeinlagerungen.

2. M., geb. 1832. Seit 1867 geisteskrank, seit 1875 dauernd in Anstalten. Fast regelmäßig Wechsel von zwei- bis dreimonatiger Depression und vier- bis sechswöchiger manischer Erregung. Ende der dreißiger Lebensjahre bereits greisenhaftes Aussehen bei ihm vermerkt; seit 1890 Pulsarrhythmie. Zuletzt dement. Gestorben 1901 nach Influenza. Sektion ergab Wandverwölbung und Klaffen der Basilargefäße, gelbliche Flecken in der Aorta, verödeten und klaffenden Eingang zu den Koronararterien.

3. Sch., geb. 1856. Bruder geisteskrank. Seit 1880 Wechsel von Manie und Depression, beide mehrwöchig, anfangs mit längeren, freien Intervallen. Seit etwa 1899 stärkere Dementia. Gestorben 1902 an Nephritis. Gefäße an der Hirnbasis verdickt.

4. B., geb. 1854. Seit 1875 geisteskrank. Anfänglich mehrmonatige manische Erregung mit folgender tiefer Depression über mehrere Jahre. Verödeter Anfang der achtziger Jahre. Seit etwa 1890 regelmäßig kürzere manische Phasen bis zu vier Wochen Dauer, dazwischen monatelang tiefe Remission. Körperlich recht dürrig, fühlbare Arteriosklerose, Tonometerzahl trotzdem nur 110.

¹⁾ Vergl. Arbeiten über Blutdruckmessungen mit dem Gärtnerschen Tonometer von *Neißer*, Berlin. Klin. Wochenschr. 1900 Nr. 25, von *Schüle*, Berlin. Klin. Wochenschr. 1900 Nr. 33, u. von *Weiß*, Münch. Mediz. Wochenschrift 1900 Nr. 3 u. 4.

5. V., geb. 1851. Vater nervenkrank. Seit 1893 geisteskrank. 5 Zyklen heftigster manischer Erregung von drei bis vier Monaten, tiefer Depressionen bis zu acht Monaten, dazwischen längere freie Zeiten. 1898 Gesichtshälften ungleichmäßig innerviert. 1900 dazu Undeutlichkeit der Artikulation im manischen Stadium, so daß beim Fehlen der Anamnese der Verdacht auf progressive Paralyse entstand. 1901 Pulsarythmie, Schwindelanfälle. 1903 Apoplexie mit dauernder rechtsseitiger Lähmung. Deutlich fühlbare Arteriosklerose, Tonometerzahl nur 110, ist dauernd bettlägerig, verliert viel von seinem früheren Fett, geht körperlich sehr zurück.¹⁾

6. W., geb. 1838. Schwester Suizid, Bruder Trinker. Seit 1882 geisteskrank. Drei bis acht Monate, zuletzt 1½ Jahr dauernde Manie mit heftigster motorischer Unruhe, ziemlich plötzlicher Umschlag in mäßig depressive, nörgelnde Stimmung. Längere gute Zwischenzeiten. Seit 1900 starke Herzverbreiterung, Pulsarythmie, erhebliche Arteriosklerose.

7. L., geb. 1834. Vater an Schlaganfall gestorben. Seit 1895 manische und depressive Phasen von ein bis fünf Monate Dauer. Mehrere Jahre umgängliches, aber absonderliches Wesen. Deutlich fühlbare Arteriosklerose.

8. Sch., geb. 1851. Schwester geisteskrank. Trank Schnaps. 1885 Apoplexie mit dauernd spastischer Lähmung des linken Beines. 1901 heftige, fast ein Jahr dauernde Manie, die allmählich in eine zu Beginn 1904 recht tiefe Depression mit Hemmung überging. Jetzt allmähliches Abklingen. Stärkste Arteriosklerose. Tonometerwert 210. Kräftig, gut genährt.

9. Br., geb. 1826. Bruder geisteskrank. Vater „plötzlich tot umgefallen“. Seit 1885 im ganzen etwa 6 Anfälle von Manie mit teilweise tiefsten Depressionen, beide bis zu halbjähriger Dauer. Einige Anfälle in häuslicher Pflege verlaufen. Seit 1902 andauernder manischer Zustand: zerreißt, sammelt, macht Witzchen, durchaus intelligent. Arteriosklerose mittleren Grades. Tonometerzahl in Manie 140.

Diesen 9 bezüglich Arteriosklerose positiven Fällen bei Männern stehen 10 negative resp. zweifelhafte gegenüber.

10. St., geb. 1881. Seit 1893 geisteskrank. Drei- bis vierwöchige, bis zur heftigsten Tobsucht sich steigernde Manie mit kürzeren, oft nur mehrtägigen, aber tiefen depressiven und Hemmungszuständen. Keine Arteriosklerose. Blutdruck in der Depression 150, beim Übergang in die Manie 120.

11. K., geb. 1854. Seit 1895 geisteskrank. Mehrmonatige manische Zeiten mit tiefen, bis zu einem Jahr andauernden Depressionen. Anfangs freie Zeiten, zuletzt mäßiger Schwachsinn. Tod 1903 an Tuberkulose. Im Sektionsbericht keine Arteriosklerose vermerkt.

12. H., geb. 1854. Vater periodisch geisteskrank. 1886 und 1887 manische Zustände im Anschluß an Trauerfälle in der Familie. Seit 1895 in

¹⁾ Ist inzwischen gestorben. Gehirnsektion ergab stärkste Arteriosklerose und mehrfache Erweichungsherde.

alten. Unregelmäßige depressive Hemmungen abwechselnd mit manischen. Keine Arteriosklerose. Tonometerzahl in Hypomanie 90.

13. W., geb. 1877. Tante geisteskrank. Seit 1889 manische Zustände. In einem bis zwei Monate, später bis zu einem Jahr dauernd, gefolgt von dreimonatiger Hemmung. Mehrfach in Anstalten. Keine Arteriosklerose.

14. W., geb. 1850. Sonderling. Bot seit 1895 das Bild einer Manie mit Hemmung, bis 1905 allmählicher Umschlag in eine mit paranoiden Zügen erfolgt. Untersuchung wegen maßloser Zügellosigkeit unmöglich. Sehr früh gealtert. Arteriosklerose zweifelhaft.

15. B., geb. 1877. Seit 1901 zweimal Manie mit brüskem Umschlag in manisch-depressive Hemmung, beide mehrere Monate dauernd. Freie Zeiten bis zu zwei Jahren. Keine Arteriosklerose.

16. Z., geb. 1863. Seit 1893 siebenmal Tobsuchten von mehrwöchiger Dauer und zwei- bis dreimonatigen Hemmungen. Freie Zeiten bis zu mehreren Jahren. Keine Arteriosklerose.

17. S., geb. 1858. Mutter geisteskrank. Seit 1885 fünfmal heftige manische Anfälle von $\frac{1}{2}$ —1 Monat Dauer. Arteriosklerose zweifelhaft. Untersuchung verweigert.

18. D., geb. 1875. Vater Schlaganfall, Bruder geisteskrank. Frühjahr 1895 dreimonatige Depression, dann bisher nicht abgeklungene Manie. Keine Arteriosklerose.

19. M., geb. 1880. 1895 etwa fünf Monate manische Verwirrtheit, in drei Monate ängstlich gehemmt. 1905 sechswöchige Manie mit katastrophalen Zügen, vierzehntägige Hemmung. Keine Arteriosklerose.

II. Frauen.

20. M., geb. 1843. Großvater und Onkel geisteskrank. Seit 1886 mehrwöchige manische und depressive Zustände, die sich allmählich verschlimmerten. Seit 1900 in Anstalt. Von Anfang an hier Arteriosklerose, Pulsverlangsamung, Herzverbreiterung, verstärkter zweiter Aortenton festgestellt. Geben 1905 an Apoplexie. Blutgefäße an der Hirnbasis stark geschlängelt, mit Massen Wandeinlagerungen versehen, Substanz des Kleinhirns weithin durch Massen zertrümmert, so daß die linke Kleinhirnhemisphäre in einen blutgefüllten Sack von kaum 1 cm Wandstärke verwandelt ist. Herz vergrößert. Aorta zeigt zumal an den Abgangsstellen der Koronararterien kleine, fleckenförmige Wandeinlagerungen.

21. B., geb. 1845. Prostituierte. Potus und behandelte Lues. Seit 1891 geisteskrank, seit 1890 in Anstalten. Mehrtägige manische Erregungen gefolgt von Stupor, längere freie Zeiten. Zuletzt Schwachsinn. Gestorben an Pylonephritis. Gefäße an der Hirnbasis zeigen graugelbe Einlagerungen. Keine leishmanischen Erscheinungen an der Leiche.

22. B., geb. 1835. Onkel geisteskrank, Bruder Suizid. Seit 1879 schizoid gestört, seit 1881 in Anstalten. Mehrmonatige manische Erregungen gefolgt von etwa gleichlangen tief stuporösen, ängstlich gehemmten Zeiten. Gestorben an Tuberkulose. Größere Gefäße an der Hirnbasis starrwandig, an den

feineren Gefäßen mehr fleckförmige Einlagerungen. Sklerose der Kranzarterien.

23. S., geb. 1851. Mutter nervös, Großvater und Schwester geisteskrank. Seit 1897 geistesgestört. Erkrankte nach Tod der Mutter an Depression, der eine Manie folgte. 1900 ein zweiter Anfall von Manie mit folgender Depression, je etwa vier Monate dauernd. Jetzt seit 1904 heftige Tobsucht. Greisenhaftes Aussehen, Haare völlig weiß, Mund zahnlos. Deutlich fühlbare Sklerose der zugänglichen Arterien.

24. P., geb. 1850. Seit 1896 geisteskrank und vielfach in Anstalten. Anfangs mehrmonatige ängstliche Hemmung, dann siebenmonatige Manie. Später unregelmäßige hypomanische und depressive Zeiten. Wandverhärtung der Radialis fühlbar. Tonometerzahl in Hypomanie 130 trotz dürrtigen Ernährungszustandes.

25. D., geb. 1831. Schwester geisteskrank. Erkrankte 1881 an Melancholie, die in ein chronisches Stadium überging. Seit 1899 allmählich Umschlag in Manie mit zunehmender Erregung. Sammelt zerpfückt, zankt, schwatzt. Arteriosklerose. Tonometerzahl in Manie 145.

26. B., geb. 1846. Vater und Bruder geisteskrank. Seit 1881 anfallsweise psychisch abnorm. Seit 1895 in Anstalten. Ein- bis zweimonatige Depressionen, ebensolanges ruhiges Verhalten, dann Manie mit heftiger motorischer Unruhe. Sehr früh gealtert. Gestorben 1901 an Tuberkulose. Sklerose der Hirngefäße und der Aorta.

27. K., geb. 1850. Mutter geisteskrank. Seit 1870 Anfälle von Tiefsinn, wo sie im Dienst als Telegraphistin mit „durchgeschleppt“ wurde, und „Zeiten von Heiterkeit und Lebensmut, auf die notwendig eine Reaktion kommen mußte“. Mehrfach deshalb in Sanatorien. In Anstalt ein zwei Monate dauernder Zustand tiefster, ängstlicher Hemmung, seit Beginn 1906 bisher nicht abgeklungene Manie. Früh gealtert. Rigidität der Arm- und Schläfenarterien. Blutdruck in der melancholischen Phase 170, in der manischen 150.

28. P., geb. 1854. Vater Schlaganfall. Seit Ende der achtziger Jahre fünfmal wegen heftigster Tobsuchten, die bis zu neun Monaten andauerten, in Anstalten. Mehrfach tiefe, aber kürzere Depressionen. Gestorben 1902 an Nierenentzündung. Sklerose an Aorta und Hirngefäßen.

Diesen 9 positiven Fällen bei den Frauen stehen 26 negative resp. zweifelhafte gegenüber.

29. D., geb. 1858. Belastet. Seit 1888 heftigste Tobsuchten bis zu dreivierteljähriger Dauer, etwas kürzere depressive Hemmungen. Arteriosklerose zweifelhaft, ist nicht zu untersuchen.

30. M., geb. 1877. Belastet. Seit 1895 bis viermonatige manische Anfälle mit kürzeren Depressionen und freien Zeiten bis zu einem Jahr. Hysterische Züge. Keine Arteriosklerose.

31. G., geb. 1855. Seit 1873 manische und depressive Zeiten mit mehrjährigen Intervallen. Über Arteriosklerose ist nichts vermerkt.

32. B., geb. 1844. Vater Trinker. Seit 1900 zweimal Zyklen von **Manie bis zu neun Monaten Dauer und kürzerer Depression, dazwischen ein Jahr ruhiges Verhalten.** Keine fühlbare Arteriosklerose. Tonometerzahl in Manie 130.

33. N., geb. 1859. Seit 1897 heftige mehrwöchige Tobsuchten mit **erregten, tiefen Depressionen.** Arteriosklerose an Radialis und Temporalis **offenbar.** Unreiner erster Herzton, Pulsarythmie. Tonometerzahl wegen **Unfähigkeit zu erhalten.**

34. S., geb. 1851. Seit 1891 mehrwöchige manische Anfälle mit **kürzeren Depressionen, längeren freien Zeiten.** Keine fühlbare Wandverhärtung. Tonometerzahl im ruhigen Stadium 120.

35. K., geb. 1872. Großvater geisteskrank, Vater Trinker. Seit 1889 **schwerste Tobsuchtszustände mit Depressionen.** Gestorben 1904 an Rectumcarcinom. **Keine Arteriosklerose.**

36. K., geb. 1877. Vater Trinker. Seit 1895 siebenmal manische Anfälle **bis zu fünf Monaten Dauer.** Kurze, wenig deutliche Depressionen. **Über alle Befunde fehlen Angaben.**

37. V., geb. 1858. Vater Trinker. Seit 1878 geisteskrank in Anstalten. **Wandel zwischen „sprudelnder Schwatzhaftigkeit und völliger Apathie“.** Zuletzt **Verblödung.** Gestorben 1902 an Tuberkulose. Gefäße an Hirnbasis und **Carotiden „kaum verändert“.**

38. B., geb. 1866. 1895 Anfall von Manie mit folgender Depression. **Seit 1901 furibunde manische Erregung, seit 1904 umschlagend in tiefe Depression mit Angst.** Keine fühlbare Arteriosklerose.

39. P., geb. 1879. Belastet. Seit 1898 manische und depressive Zeiten. **Keine Arteriosklerose.**

40. S., geb. 1865. Seit 1901 manische und depressive Phasen von je **etwa bis sechs Wochen Dauer.** Keine Sklerose. Tonometerzahl in abklingender Manie 85.

41. V., geb. 1860. Seit 1902 mehrmonatige Zustände von Depression, **das letzte Mal gefolgt von Manie.** Arteriosklerose nicht vermerkt.

42. G., geb. 1859. 1900 an Melancholie erkrankt, 1903 Umschlag in **schwer bestehende Manie.** Keine deutliche Sklerose.

43. A., geb. 1871. 1902 erkrankt an mehrmonatiger heftiger Manie **mit mehreren Wochen Depression.** Keine Sklerose.

44. B., geb. 1873. Seit 1886 periodische Tobsuchten mit Hemmungs-**zuständen.** Keine Sklerose.

45. W., geb. 1857. 1891 sechsmonatige manische Erregung mit plötz-**lichem Umschlag in Depression.** Seit 1896 neuer manischer Anfall. Ver-**stärkung des Krankheitsbildes nach der manischen Seite.** Keine Sklerose. Tonometerzahl 110.

46. W., geb. 1881. Seit 1900 manische und depressive Phasen. Keine **Herzgefäßerkrankung.**

47. D., geb. 1877. Seit 1897 zweimal Anfälle von tobsüchtiger Erregung mit plötzlichem Umschlag in mehrtägige, tiefe Depression. Keine Sklerose.

48. R., geb. 1872. Seit 1894 periodische, heftigste Tobsuchten von drei bis vier Wochen Dauer, gefolgt von mehrtägigen Depressionen. Längere freie Zeiten. Keine Sklerose.

49. D., geb. 1875. Onkel geisteskrank. Seit 1891 Verstimmungen. Seit 1900 zwei manische Erregungen von mehreren Monaten, gefolgt von ängstlicher Hemmung. Keine Sklerose. Tonometerzahl in Depression 120.

50. N., geb. 1846. Seit Jahrzehnten periodische Verstimmungen mit Trinkexzessen. In Anstalt mehrmonatige manische Erregung, gefolgt seit dreiviertel Jahr von tiefster Depression. Arteriosklerose zweifelhaft, Herz schwach. Tonometerzahl in Depression 95.

51. S., geb. 1852. Seit 1878 manische und depressive Zustände. Keine fühlbare Sklerose. Tonometerzahl in Depression 130.

52. T., geb. 1860. Seit 1888 im Anschluß an Laktation manische und depressive Phasen. Keine Sklerose. Tonometerzahl in Hypomanie 100.

53. M., geb. 1851. Bruder geisteskrank. 1902 fünfmonatige Manie mit achtwöchiger Hemmung. Freie Zwischenzeit, jetzt wieder Manie. Keine Sklerose. Tonometerzahl in Manie 70.

54. R., geb. 1856. Vater Trinker. Seit 1904 mehrmonatige manische Zustände mit kürzeren Depressionen. Entlassen. Arteriosklerose nicht vermerkt.

Aus vorstehend mitgeteilten Fällen ergibt sich, daß achtzehn mal, also in einem Drittel der Manisch-depressiven aller Altersklassen, Arteriosklerose nachweisbar ist. Hierbei sind die Männer prozentualiter noch höher beteiligt wie die Frauen. Diese Zahl ist auffallend hoch, sie nähert sich der Häufigkeit der Arteriosklerose bei Alkoholikern, bei denen der Alkoholmißbrauch anerkanntermaßen eine Prädisposition für Gefäßwanderkrankungen schafft, und ich in 40% Gefäßwandveränderungen finde. Es beruhen meine Zahlen beim manisch-depressiven Irresein auch nicht auf Selbsttäuschung bezüglich der Diagnose, da ich in zweifelhaften Fällen mich mit meinem Urteil allein nicht begnügt habe. Zum Vergleich habe ich eine Reihe anderer Geisteskranker ohne periodische Erregungen, mit Ausschluß von exogenen Vergiftungszuständen (Lues, Alkohol), also zumeist ruhige an Dementia praecox Erkrankte, auf Arteriosklerose nach denselben Grundsätzen untersucht. Ich finde bei 182 Fällen (73 M., 109 Fr.) in $19 = 10\%$ Arteriosklerose, ebenfalls mit etwas höherer Beteiligung der Männer wie der Frauen. Dabei steht reichlich ein Drittel dieser Kranken

enseits des 50. Lebensjahres, so daß alle Altersklassen darin vertreten sind. Zu denken wäre daran, daß bei ruhig verblödenden Kranken der meist dauernde Aufenthalt in den geschützten Anstaltsverhältnissen mit ihren geringeren Ansprüchen an geistige und körperliche Leistungsfähigkeit einen geringeren Prozentsatz an Arteriosklerose bedingt, als der nicht selten von Zeiten der Freiheit unterbrochene Anstaltsaufenthalt der Manisch-depressiven mit der Möglichkeit von Exzessen. Hier ist jedoch zu bemerken, daß ungefähr ein Drittel (62 Fälle) von den ruhig Dementen erst jenseits des Alters von 35 Jahren zum dauernden Anstaltsaufenthalt gelangte, also in früheren Lebensjahren reichlich Gelegenheit zu Exzessen etwa infolge abnormer Geistesverfassung hatte, während andererseits bei den manisch-depressiven Arteriosklerotikern nur zweimal (Fall 21 u. 8) dauernde oder zeitweilige Exzesse erwähnt werden. Hervorheben möchte ich nochmals besonders, daß sowohl meine manisch-depressiven wie die dement-praecocischen Fälle ohne Auswahl der Reihe nach dem Hauptbuch entnommen sind, soweit die Diagnose sicher genug war. Der Unterschied in der Häufigkeit der Arteriosklerose bei beiden ist so deutlich, daß man hierin nicht bloß einen reinen Zufall erblicken kann. Allgemeine Zahlenangaben über die Häufigkeit des Vorkommens der Arteriosklerose finde ich nirgends, doch wird niemand ernstlich annehmen, daß etwa ein Drittel aller erwachsenen Geistesgesunden von etwa 20 Jahren aufwärts an nachweisbarer Arteriosklerose leiden.

Aber nicht nur über dreimal so häufig ist die Arterienwanderingerkrankung, sie setzt bei den manisch-depressiven Geistesstörungen auch früher ein als bei andern, sich ruhig abspielenden Geisteskrankheiten. Bei der Dementia praecox fällt sie bei über zwei Drittel (13 von 19 Fällen) jenseits des 60. Lebensjahres, und man wird nicht fehlgehen, wenn man die Gefäßerkrankung zum großen Teil als eine Alterserscheinung auffaßt. Bei den Manisch-depressiven fällt über die Hälfte aller Gefäßwanderingerkrankungen (11 von 18) bereits in das Lebensjahrzehnt von 50—60 Jahren, eine ganze Anzahl davon (6 meiner Fälle) haben das 50. Jahr kaum überschritten, und es greifen mit Sicherheit die Anfänge ihrer Arteriosklerose in die Zeit der vierziger Lebensjahre zurück.

Eine deutliche Beziehung zwischen der Dauer des manisch-depressiven Irreseins und der arteriosklerotischen Veränderung kann ich nicht nachweisen. In der Mehrzahl der Fälle beginnt die Geistesstörung in jungen Jahren und da die Arteriosklerose im ganzen eine Krankheit der höheren Lebensalter darstellt, so will es nicht viel sagen, wenn sich nach zwanzigjährigem oder längerem Bestehen der Psychose auch die Gefäßerkrankungen häufen.

In welchem ursächlichen Verhältnis stehen nun manisch-depressives Irresein und Arteriosklerose? — Unter den ätiologischen Momenten der diffusen Arteriosklerose spielen bekanntlich mechanische Einwirkungen auf die Arterienwand in Form von Blutdrucksteigerung eine erhebliche Rolle. Der durch Plethora, toxische oder infektiös-toxische Momente gesteigerte Blutdruck führt zu einer Unterernährung der Gefäßwandelemente, unter Umständen sogar direkt zum Nachgeben der Media und kleinen Einrissen oder Schädigungen der Intima.¹⁾ Ebenso wirkt aber auch eine abnorme Stromverlangsamung mit Blutverschlechterung, wie wir sie bei vermindertem Blutdruck in gewissen Grenzen voraussetzen müssen, disponierend für Wanderkrankungen.²⁾ Solche Schwankungen des Blutdrucks können nun aber auch außer durch obengenannte Momente durch nervöse Einflüsse ausgelöst werden. *Bäumler* führt in der zitierten Arbeit unter den Ursachen der Arteriosklerose eine auf nervösen Einflüssen beruhende Gefäßkontraktion auf und schreibt im Lehrbuch von *Pentzoldt* und *Stintzing* (II. Aufl. 1898): „Auch die mit gemütlichen und anderen nervösen Aufregungen einhergehenden Blutwallungen im ganzen Körper oder in einzelnen Bezirken mögen bei sehr häufiger Wiederholung nicht ohne Einfluß auf die Ernährung der Gefäßwände bleiben und durch Vermittelung der vasa vasorum Veränderungen zustande kommen lassen.“ Hierzu mißt man neuerdings auch der Vererbbarkeit eines minderwertig angelegten Gefäßsystems eine Bedeutung bei.

¹⁾ Vergl. *Bäumler*, Ist die Arteriosklerose eine Allgemeinkrankheit? Berl. Klin. Wochenschr. 1905 Nr. 44a.

²⁾ *Burwink*, Ätiologie u. allg. Therapie der Arteriosklerose. Berl. Klin. Wochenschr. 1905 Nr. 16.

In den Äußerungen des manisch-depressiven Kranksbildes liegen nun unzweifelhaft Momente, die ein früheres und frühzeitigeres Entstehen der arteriosklerischen Veränderungen begünstigen und verständlich machen lassen. Vor allen Dingen ist hier an die lebhaften Schwankungen zu denken, die oft wochen- oder monatelang von der jenseits der normalen Breite liegenden Ausschläge nach der depressiven oder exaltativen Seite hin führen und damit abnorme Gefäßinnervations- und Blutdruckverhältnisse setzen. Wir wissen, welche Rolle die Affekte auf unser Gefäßnervensystem ausüben (Erblässen vor Schreck, Angst; Erregung vor Scham, Zorn). Nach *Lange*³⁾ gehen depressive Affekte (z. B. Sorge) mit einer Gefäßzusammenziehung und konsekutiver Blutdruckerhöhung, exaltative Affekte (Freude, Zorn) mit einer Gefäßüberdehnung und Blutdrucksenkung einher. Jedem Psychiater, der den Puls zu fühlen gewohnt ist, ist der kleine, gespannte Puls des melancholischen und der im allgemeinen volle, weiche des Maniacus bekannt, wobei einzelne, seltene Ausnahmen bei letzteren vorkommen mögen. Man könnte nun denken, derartige Schwankungen des Blutdrucks müßten leicht mit dem Gärtnersehen Tonometer nachzuweisen sein. Aber hier ist mit der Eigenart der psychischen Vorgänge zu rechnen. Gerade bei den höchsten Graden der Manie oder der melancholischen Depression gelingt es nicht, die Kranken zu den Untersuchungen zur Beobachtung der nötigen Kautelen zu halten (ruhig atmen, nicht sprechen, nicht jammern). Zu verwertbaren Resultaten kommt man höchstens bei den mittleren Graden, und soweit ich gefunden habe und meine Fälle zum Teil bestätigen, bewegt sich der Blutdruck bei der Melancholie als selbständiger Krankheitsform wie als Teilabschnitt des manisch-depressiven Irreseins in höheren Grenzen wie normal (etwa zwischen 120 u. 160). In der Manie scheint der Blutdruck nicht erheblich von den normalen Werten abzuweichen, immerhin finde ich gelegentlich auch bei kräftigen Personen recht niedrige Werte (70 u. 85). In einem meiner Fälle (Nr. 27) ist in beiden Phasen der

³⁾ *Lange*, Über Gemütsbewegungen. Übersetzt von Kurella. Verlag von G. B. Schönbach, Leipzig. 1887.

Blutdruck fast gleich hoch, hier liegt aber unzweifelhaft komplizierende Arteriosklerose vor. Soviel scheint mir festzustehen, daß beim manisch-depressiven Irresein erhebliche Schwankungen des Blutdrucks in den Grenzen von 70—160 vorkommen, während bei Gesunden namentlich die obere Grenze für gewöhnlich und länger dauernd nicht erreicht wird. Sowohl Gefäßkonstriktion wie -Parese, die sich an den Blutdruckwerten kundgeben, sind aber imstande, die Ernährung der Gefäßwände durch die *vasa vasorum* oder direkt aus dem Blut zu gefährden. Eine Stütze findet diese Überlegung durch die analoge Wirkung zweier allgemein bekannter Gifte, Alkohol und Blei, von denen ersterer gefäßlähmend, letzteres gefäßkonstringierend, beide aber prädisponierend für Arteriosklerose wirken. Vergewenwärtigen wir uns das Bild einer furibunden Manie mit ihrem auf eine gewisse Gefäßparese deutenden Turgor der äußeren Bedeckungen und dem für gewöhnlich vollen, weichen Puls und andererseits eine tiefe Depression mit ihrer Blässe der äußeren Teile und dem gespannten, kleinen Puls, so ist es ohne weiteres verständlich, welche hohen und leicht zu einer Schädigung führenden Anforderungen an ein solches Gefäßsystem gestellt werden. Daneben mögen noch andere nachteilig auf die Gefäße wirkende Einflüsse tätig sein, wie hereditär schlecht veranlagtes Gefäßsystem (nur zweimal bei meinen Fällen), zeitweilige Plethora — ich habe bei manisch-depressiv Erkrankten in der ruhigen Zeit Gewichtszunahmen bis zu 60 Pfund in wenigen Monaten gesehen —, möglicherweise auch Autointoxikationsvorgänge im Körper. Sehr wohl kann ferner die besondere Inanspruchnahme des Gehirns bei Geisteskrankheiten zu einer Sklerose der Hirnarterien prädisponieren, ähnlich wie wir bei körperlich arbeitenden Menschen die vorwiegend in Anspruch genommenen Teile besonders stark von Arteriosklerose befallen sehen, z. B. bei Schmieden die Armarterien. Somit erscheint es durchaus verständlich und physiologisch begründet, wenn das manisch-depressive Irresein einen günstigeren Boden für die Entwicklung einer Arteriosklerose abgibt als eine andere ruhig sich abspielende Psychose ohne toxische Grundlage. Nach meinen Untersuchungen findet sie sich beim ersteren über doppelt so häufig (20—23 %) als bei letzterer (10 %).

Es ist hiermit der Zusammenhang der manisch-depressiven Geistesstörung und der Gefäßwanderkrankung nicht erschöpft. Ein Teil meiner Fälle (im ganzen 6) fällt vor den übrigen dadurch auf, daß die Geistesstörung in höherem Alter einsetzt; alle Erkrankten weisen relativ hohe Grade der Arteriosklerose auf, so daß ein längeres Bestehen der Gefäßwandveränderungen bereits vor der Psychose anzunehmen ist; in einem Falle ist sogar eine Apoplexie mit dauernden Folgeerscheinungen zurückgeblieben, in einem andern tritt sie im Verlauf der Psychose auf; vielfach fällt bei diesen Kranken frühzeitiges Altern auf, greisenhaftes Aussehen, ganz fehlende oder völlig weiße Haare, zahnloser Mund. Hier ist offenbar die Gefäßerkrankung nicht eine Folge der Geistesstörung, sondern tritt umgekehrt höchst wahrscheinlich die Geisteskrankheit im Gefolge körperlicher Rückbildungsvorgänge auf, deren hervorstechendes Symptom arteriosklerotische Veränderungen sind. Ähnlich wie die Pubertät, die Laktation, die Menopause würde diese Zeit und speziell die mit ihr einhergehende Gefäßerkrankung eine besonders kritische Zeit für den Ausbruch einer Psychose, eine Klippe bilden, an der belastete Individuen schließlich doch noch in der Form des manisch-depressiven Irreseins scheitern können, nachdem sie allen andern Anstürmen bis dahin standgehalten haben. Für diese Auffassung sprechen auch die eingangs erwähnten Fälle anderer Autoren. Bei meinen Beobachtungen ist diese Gruppe erheblich kleiner als die vorige und umfaßt etwa ein Drittel der Arteriosklerotiker insgesamt bei der manisch-depressiven Geistesstörung.

Die Ergebnisse meiner Untersuchungen lassen sich dahin zusammenfassen:

Die allgemeine Arteriosklerose ist bei dem manisch-depressiven Irresein erheblich häufiger und tritt frühzeitiger auf als bei andern, nicht toxischen und nicht mit periodischen Affektschwankungen einhergehenden Psychosen.

Die ursächlichen Beziehungen der Gefäßwanderkrankung und der manisch-depressiven Geistesstörung können zweierlei Art sein.

In der Mehrzahl schafft die Geisteskrankheit vornehmlich durch ihre auf affektiver Grundlage beruhenden Blutdruckschwankungen und die dadurch bedingten Ernährungsanomalien der Gefäßwand den für die Entwicklung einer Arteriosklerose besonders günstigen Boden.

In einer Minderzahl gibt das Senium und vor allem die mit ihm einhergehende Arteriosklerose bei belasteten Personen erst den letzten Anstoß zum Ausbruch des manisch-depressiven Irreseins.

Ein Beitrag zur Kenntnis des intermittierenden Irreseins.¹⁾

Von

Dr. Adalbert Gregor, I. Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik Leipzig.

Übersicht des Krankheitsverlaufs. — V. H., 30 Jahre alt, intelligenter Offizier, syphilitisch, vor sieben Jahren Kopftrauma, kurz vor dem Krankheitsausbruche Sorge, Kränkungen, Hemikranie. Meldet sich nach kurzer Urlaubsübertretung als Deserteur. Bald darauf Fluchtversuche aus dem Lazarett; zurückgebracht verfällt er in „Muskelkrämpfe“.

29. Juli bis 12. August 1903 ratlos, ängstlich, verwirrt, motorisch erregt, aber auch zeitweilig ruhig, geordnet, luzide. In Anstaltsbehandlung scheinbar geheilt; nach der Entlassung normales Verhalten mit Neigung zu Ausschweifungen.

Am 17. Februar 1904 nach einem plötzlichen „Tobsuchtsanfälle“ in die Bukowinaer Irrenanstalt aufgenommen. Ängstlich-hypochondrisches Verhalten. 1. März ein hysterischer, 19. März ein anscheinend epileptischer Anfall; bis 8. April Erregheitszustand mit heftiger motorischer Agitation, impulsiven Handlungen, Rededrang, Vorbeireden. 9. April luzide; von da an bis 10. Mai starke Erregungszustände von kurzen luziden Phasen unterbrochen. 11. bis 15. Mai kontinuierlicher Erregungszustand, hierauf bis 22. Mai ungefähr 24 Stunden dauernde luzide Phasen, die jeden zweiten Tag auftreten. 23. Mai bis 10. Juni Intermissionen seltener und kürzer. Bis 19. Juli abermals 24 stündige, mit Erregungszuständen alternierend auftretende, luzide Phasen. Vom 20. Juli andauernd luzide; anfänglich öfteres, später selteneres Auftreten impulsiver Handlungen. Zur Zeit der Entlassung im März 1905 korrektes Benehmen bei leichter intellektueller Einschränkung; bis Juli desselben Jahres unverändert.

Ausführliche Krankheitsgeschichte. — V. H., 30 Jahre alt, Artillerieoffizier. Vater gesund, Mutter neurasthenisch, ebenso eine Schwester,

¹⁾ Aus der Bukowinaer Landesirrenanstalt Czernowitz, Direktor: Sanitätsrat Dr. C. Zurkan.

ein Bruder ist moralisch degeneriert. Patient absolvierte das Gymnasium mit Auszeichnung, kam in juridischen Studien nicht vorwärts und ging zum Militär; beschäftigte sich in seiner freien Zeit mit höherer Mathematik. Sein Charakter gilt als verschlossen, sehr wahrheitsliebend. Vor sieben Jahren Gehirnerschütterung beim Sturz vom Pferde. 1899 Lues akquiriert. In der letzten Zeit Familienzerwürfnisse, unglückliche Liebe, starker Potus.

Aus dem Beobachtungsjournale des Truppenspitales seiner Garnison ist anamnestisch zu entnehmen: seit Anfang Juni 1903 litt Patient an heftiger, rechtsseitiger Migräne, die erfolgreich mit Jodkali, Brom, Migränin behandelt wurde. Vom 22. bis 30. Juni war er mit Hemikranie krank gemeldet, hierauf vom 13. bis 26. Juli beurlaubt. Am 27. Juli erhielt das Regimentskommando ein Telegramm, daß Patient krankheitshalber vom Urlaub nicht einrücken könne. Am 29. Juli wurde er von zwei Offizieren in das Truppenspital seiner Garnison mit der Meldung überbracht, daß Pat. ihnen vom Garnisonsarreste in Cz. übergeben wurde. In letzterem sei Patient vorige Nacht erschienen und habe um seine Verhaftung gebeten, weil er sein Regimentskommando durch die telegraphische Krankmeldung belogen habe; tatsächlich habe er nämlich bloß den Zug versäumt. Bei der Aufnahme ins Truppenspital machte Patient den Eindruck tiefer Niedergeschlagenheit und verhielt sich vollkommen ruhig und schweigsam. Patient bekam 2 g Sulfonal und sollte am folgenden Tage in das Garnisonspital in L. überführt werden. Nach Mitternacht erhob sich der bisher ruhige Kranke, riß das Fenster auf, sprang heraus und suchte zu entkommen. Ins Spital zurückgebracht, verfiel er in heftige Muskelvorwiegend Respirationsskrämpfe. Auf Injektion von 0,03 Morphinum tiefer Schlaf, der bis Mittag des nächsten Tages (30. Juli) anhält. Morgens werden leichte Zuckungen im rechten Facialis und in der Muskulatur des Stammes und der Extremitäten beobachtet. Aufgewacht, erkennt Patient seine Umgebung und gibt prompt seine Personalien und Lebensumstände an. Am Abend spricht er unzusammenhängend.

31. Juli, 2.30 Uhr morgens Fluchtversuch, hierauf anhaltende Muskel- und Respirationsskrämpfe. Der herbeigeholte Arzt findet Patienten in Schweiß gebadet, von fünf Mann nur mühsam festgehalten. 0,03 Morphinum führt erst am Nachmittage Schlaf herbei, in welchem neuerlich die oben beschriebenen Muskelzuckungen beobachtet werden. Gegen Abend erwacht, klagt sich Patient an, einen Desertationsversuch nach Rumänien begangen zu haben, den er nur deshalb nicht ausführte, weil er sich am Bahnhofs beobachtet sah. Spricht dann unzusammenhängend von Röntgenstrahlen. Nach seinen Familienverhältnissen befragt, gibt er richtige Antworten.

1. August. Auf Chloralhydrat ruhiger Schlaf. Bei der Morgenvisite sehr niedergeschlagen, beantwortet nicht die an ihn gestellten Fragen. Patient wird in das Garnisonspital L. transferiert, aus dessen Beobachtungsjournal folgendes zu entnehmen ist:

1. August. Deliriert laut, glaubt sich im Dienste; kommandiert. Schlaf unruhig.

2. August. Zeitweise Krankheitseinsicht, ängstliches Verhalten.
3. August. Apathisch, klagt über Kopfschmerzen, ist abweisend.
4. August. Spricht den Chefarzt mit dem Namen seines früheren Gymnasialdirektors an, verlangt nach seinem Vater, ist ängstlich, zittert.
5. August. Ruhiger, freut sich über das Erscheinen der Ärzte, will sie nicht von sich lassen.
6. August. Unruhig, wirft seine Kleider zum Fenster hinaus, uriniert auf den Fußboden, geht schreiend im Zimmer herum.
7. August. Tagsüber unruhig, „maniakalisch“, erhält Zwangsjacke, erst auf Chloralhydrat Beruhigung.
8. August. Stets unruhig, in Zwangsjacke. Rededrang. Rezitiert ein rumänisches Gedicht.
10. August. Beruhigt, teilweise orientiert, erkundigt sich nach der Dauer seines Aufenthaltes und nach seinen Verwandten. Schläft nachmittags von 5 bis 7, von da an die ganze Nacht unruhig.
11. August. Vormittags ruhig, jedoch verwirrt, nachmittags luzider, wird auf eigenen Wunsch in den Garten geführt.
12. August. Orientiert, gibt einem Besucher prompte Auskunft.

Patient wird einer Privatirrenanstalt übergeben, wo ausgiebige Besserung erfolgt. Von seinen Verwandten zu physischer Erholung nach Hause genommen, zeigt Patient bis Februar 1904 normales Verhalten, verrät aber doch eine gewisse Haltlosigkeit, indem er z. B. einmal in wenigen Tagen 300 fl. für Alcoholica verbraucht. Am 17. Februar brach plötzlich ein „Tobsuchtsanfall“ aus, weshalb er der Bukowinaer Irrenanstalt übergeben wurde.

In den ersten Tagen (bis März) leicht apathisch, deprimiert, hypochondrisch-ängstliches Verhalten, klagt über Parästhesien in den Gliedern, äußert, er sei verloren, habe progressive Paralyse. Äußerlich durchaus geordnetes Benehmen, auch zeigt Patient ein gutes Gedächtnis. Am 1. März erfolgt ein typischer hysterischer Anfall.

Am 19. März tritt nach Angabe der Wärter ein epileptischer Anfall auf. Nachher beginnt Patient zu toben und ist gänzlich verwirrt.

Bis 4. April andauernd lärmend und unruhig. Trotz hoher Dosen Paraldehyd, Brom, Chloral größtenteils schlaflos. Verweigert oft die Nahrung, ißt aber zeitweise mehrere Mahlzeiten auf einmal auf. Versetzt den Wärtern häufig unversehens Stöße und Ohrfeigen. Bei der Visite steht Patient, der keine Kleider an sich duldet, bald aufrecht in gebundener Haltung in der Zelle oder geht laut pfeifend herum. Beim Nähertreten der Ärzte ruft er gellend (Kommandostimme) Namen, und zwar von seinen Freunden und Verwandten, aber auch von den ihn besuchenden Ärzten. Auf Fragen reagiert er mit Vorbeireden. Mit den Gliedmaßen führt er läppische Bewegungen aus, die ganz einförmig sind und sich immer wiederholen. Auch seine mimische Muskulatur ist in beständig einförmigem Spiele, die Bewegungen haben durchaus fratzenhaften Charakter.

6. April. Patient ist heute motorisch weniger erregt, macht aber immer noch grimassierende Bewegungen, wobei der Kopf oft extrem seitwärts gedreht wird. Mit Armen und Beinen von Zeit zu Zeit bruske Bewegungen. Angesprochen, verzieht er grinsend das Gesicht und lacht laut auf, ist nicht fixierbar, reagiert auf Fragen bloß mit brüllendem „Kehrt euch! Marsch!“ —

7. und 8. April. Status idem.

9. April. Patient ist heute motorisch beruhigt, fixierbar, erteilt einzelne Antworten, wobei er sich aber nur oberflächlich orientiert erweist. Stat. somat.: mittelgroßes Individuum, kräftiger Knochenbau, gut entwickelte Muskulatur, guter Ernährungszustand.

Keine auffälligen Degenerationszeichen, Schädel nirgends druck- oder klopfempfindlich, keine Verletzungen oder Narben. Gesicht symmetrisch, zeigt zahlreiche Blatternarben, Schleimhäute normal gerötet, Zungenränder glatt, keine Narbenbildung. Harter Gaumen von normaler Wölbung, Gebiß normal. Hals schlank, Brustkorb kräftig, länglich. Innere Organe ohne Befund.

Linke Cornea einzelne Nubeculae, Pupillen mittelweit, links verzerrt, vordere Synechie. Augenhintergrund normal. Pupillen reagieren prompt auf Licht und Akkomodation. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Gesichtsmuskulatur symmetrisch innerviert, Zunge gerade vorgestreckt, weicher Gaumen symmetrisch, in der Muskulatur des Kopfes, Stammes und der Extremitäten keine Lähmungen oder Spasmen; keine Ataxie; feinwelliger Tremor der gespreizten Finger; Gang stramm, Haltung gerade; kein Romberg.

Patellarreflexe beiderseits gleich, gesteigert. Anconaeus- und Achillessehnenreflexe, Planta-, Bauchdecken-, Cremaster-, Bindehaut-, Schluck- und Würgreflexe vorhanden, kein Babinski.

Berührungs-, Schmerz-, Temperatur-, Lage-, Bewegungsempfindlichkeit, stereognostischer Sinn ungestört. Keine Druckpunkte; Gesichtsfeld nicht eingeschränkt, Gehör, Geruch, Geschmack intakt; Sprache, Schrift nicht gestört. Urin nach mehrmaliger Untersuchung keine abnormen Bestandteile.

10. bis 21. April wechseln kurze, wenige Stunden dauernde luzide Phasen mit Erregungszuständen ab. Letztere stimmen fast vollkommen überein. Patient erscheint in gehobener Stimmung, motorisch lebhaft erregt. Versetzt seiner Umgebung unvorbereitet Stöße und Schläge, mimische Körper- und Extremitätenmuskulatur zeigen die früher beschriebenen Bewegungen. Auch die sprachlichen Äußerungen, mit denen Patient auf Fragen reagiert, sind durchaus stereotyp, so sagt er, nach seinem Namen gefragt: „Bin ich H., bist du K., bist du Soldat, bist du H.; wenn nicht, so kannst du mich — — —!“ Auf die Frage „Wer ich?“, „Großvater“, „General“, „Esel“ usw. Fast täglich erscheint aber Patient mehrere Stunden ganz ruhig, benimmt sich vollkommen geordnet und erteilt durchaus sinngemäße Antworten. Er klagt dann über Müdigkeit, einen schweren Kopf, mangelhafte zeitliche Orientierung, Tag, Datum, Monat wisse er nur deshalb, weil er sich danach immer bei den Wärtern erkundige. An die Vorgänge während seines Krankheitszustandes behauptet er sich nicht erinnern zu können. Doch erweist sich diese Angabe

bei näherer Exploration als unzutreffend. Patient ist jetzt teilnehmend, zeigt gutes Gedächtnis für seine früheren Erlebnisse, bespricht mit den Ärzten seine weitere Zukunft. Als Grund seiner Krankheit nennt er psychische und somatische Traumata.

22. April. Tagsüber Erregungszustand; gegen Abend beruhigt, klagt er A., er habe ein so eigentümliches körperliches Gefühl, daß er sich selbst ganz verändert vorkomme und nicht wisse, ob er derselbe sei.

Bis 9. Mai Status wie am 21. April.

10. Mai. Patient geht heute ratlos im Zimmer umher, beschwert sich über schlechte Behandlung, weil er auf der unruhigen Abteilung gehalten werde.

11. Mai. Liegt im Gitterbette, zeigt lebhaft motorische Unruhe, wirft mit den Polstern umher, brüllt und schreit; wird isoliert.

13. Mai. Noch immer isoliert. Singt in feierlichem Tone. Sowie er A. bemerkt, schlägt er mit aller Gewalt mit der Faust gegen die Zellentür.

14. und 15. Mai. Status idem.

16. Mai. Erst heute wieder soweit beruhigt, daß er bei der Visite ins Gitterbett gebracht werden kann. Nach mehrfachem Anreden gelingt es, eine geordnete Unterredung mit dem Patienten herbeizuführen. Dabei erweist er sich zeitlich oberflächlich, über Ort und Umstände gut orientiert. Plötzlich ruft er mit ganz verändertem Tone (schnarrend) den Wärter als Kellner an, sagt, er befände sich da in einem Kaffeehause, man habe eben nach ihm telephonierte, er müsse fort. Wird bald darauf so unruhig, daß er neuerlich isoliert werden muß.

17. Mai. Schlägt wütend gegen die Zellentür, hält einen Augenblick inne, als einer seiner früheren Kollegen durchs Fenster hineinsieht, ruft laut seinen Namen, lacht dabei gleichsam gezwungen auf.

18. Mai. Tagsüber luzide, unterhält sich in geordneter Weise mit A., erinnert sich an den gestrigen Vorfall. Dagegen werden andere Vorgänge wahnhaft ausgelegt. So erzählt Patient, daß Juden in seine Zelle gedrungen seien und ihn geschlagen hätten.

21. Mai. Luzide, zeigt eine Conjunctivitis eczematosa am rechten Auge, erhält von A. Atropin eingeträufelt.

22. Mai. Unruhig und lärmend in der Zelle. Sowie er A. erblickt, stellt er sich gleichsam in herausfordernder Haltung vor ihm auf und zieht die Augenlider mit den Händen wie gestern bei der Atropineinträufelung weit auseinander.

30. Mai. Öffnet heute im Erregungszustande mit den Fingern den Fensterverschluß und entkommt in den Garten. In eine zweite Zelle zurückgebracht, wiederholt sich der Vorgang.

In der Zeit vom 23. Mai bis 10. Juni werden die luziden Perioden auffallend kürzer und stellen sich nicht mehr wie bisher täglich, sondern unregelmäßig (jeden zweiten bis vierten Tag) ein. Auch während der Remissionen legt Patient im Gegensatz zu früher eine leichte Hemmung an den Tag. Sein Verhalten ist dann rasonnierend und bummelwitzig. In der Zelle stets

motorisch erregt, schlägt oft stundenlang mit den Fäusten gegen die Tür. Sobald Patient die Visite kommen sieht, wird er ruhiger, schneidet Grimassen, grüßt stereotyp in schneidig-keckem Tone, den Schnurrbart in die Höhe drehend, mit „Habe die Ehre!“ (Warum machen Sie denn ein solches Gepolter?) „Habe ich Sie aus dem Schlafe gestört? — Pardon!“ (Seien Sie schön ruhig!) „Schön und ruhig!“ Führt dann mit gellender Stimme fort: „Körösmező, Sr. Majestät, der Kaiser, Sw. (Wärtername).“ Nach der Visite ist Patient anhaltend unruhig. Beruhigt sich aber sofort, als man ihm mitteilt, daß sein Vater ihn zu besuchen wünsche. Folgt dem Wärter willig ins Bad und legt sich dann ruhig ins Bett nieder. Beim Anblick seines Vaters springt er auf und stellt sich im Bett gerade hin, bleibt so ungefähr eine Minute regungslos stehen, läßt sich dann zum spontanen Niederlegen bringen und führt mit seinem Vater ein geordnetes Gespräch, wobei er sich teilnehmend nach den häuslichen Verhältnissen erkundigt. Verzehrt die erhaltenen EBwaren gierig. Bald nach dem Abschiede vom Vater wird Patient wieder lärmend und unruhig.

12. Juni. Bis heute in der Zelle, schlägt mit den Fäusten heftig gegen die Tür, hält bei der Visite spontan inne, ist fixierbar und zu einzelnen geordneten Antworten zu bringen, wobei sich Patient über Zeit, Ort und Umstände gut orientiert erweist. Sobald sich die Ärzte entfernen, tobt er weiter.

13. Juni. Schlägt bei der Frühvisite abermals heftig gegen die Tür, begrüßt A. mit den Worten: „meine Freiheit will ich haben.“ (Sobald Sie ruhig sind.) Schlägt darauf heftig mit der Faust gegen das Fenster der Zellentüre, als wollte er A. einen Schlag versetzen. Schreit dabei: „Schweinkerl“. Bei der Nachtvisite sitzt Patient am Boden der Zelle und schreit laut und ununterbrochen. Sobald er A. bemerkt, springt er auf und ruft: „Wann werde ich endlich mein Nachtmahl bekommen?“ Schenkt den Fragen keine weitere Beachtung, sondern kehrt sofort wieder in die frühere Stellung zurück und setzt den Lärm fort.

14. Juni. Tagsüber luzide, unterhält sich mit Schachspiel. Sein Partner, ein intelligenter Paranoiker, gibt an, daß Patient ein ausgezeichnete Spieler sei und während des Spieles den Eindruck eines vollkommen normalen Menschen mache. Der Anfall beginne ganz plötzlich damit, daß Patient einigemal spucke und auf die Wärter zu schimpfen beginne.

16. Juni. Gestern unruhig, schlief nachts gut, zeigt bei der Morgenvisite geordnetes Benehmen. (Wann war der erste Kreuzzug?) „Geschichte war stets meine schwächste Seite.“ (Dramen Schillers?) Patient beginnt verlegen seine Kleider zu ordnen und sagt nach längerer Pause: „Wallensteins Lager“. Kopfrechnen gelingt nur mühsam. Bei der Nachmittagsvisite erscheint die Hemmung geschwunden und Patient ist zu geordneter Unterredung fähig.

Von 15. Juni bis 25. Juni erfolgt ein regelmäßiger Wechsel zwischen normalen und krankhaften Phasen, jede derselben dauert ungefähr 24 Stunden, und zwar folgt stets auf eine ruhige Nacht ein schlechter Tag. Heute steht

ient singend in der Zelle, die Melodie ist einförmig, inhaltlich knüpft er Eindrücke an, die er durch das Zellenfenster wahrnimmt. Bei der Nachmittagsvisite schmiert er mit Speichel und Kot. Hat neulich nach Angabe der ärter Urin aus den Händen getrunken.

3. Juli. In der krankhaften Phase, die bis heute, wie angegeben, mit iden wechselt, wiederholt sich in der letzten Zeit stereotyp folgender Vorang: Patient begrüßt A., gibt ihm ein paar sinngemäße Antworten, schreit er dann plötzlich „kehrt Euch“ und ruft laut die Namen von Ärzten und ärtern. Bei der heutigen Nachmittagsvisite steht er regungslos in der Zelle, ganz in eine Bettdecke gehüllt, gibt auf Fragen keinerlei Antwort.

5. Juli. Gestern lucide, lärmt heute lebhaft. Auf die Frage, ob er H., nen alten Kameraden kenne, antwortet Patient „Ja, und er kann mich und ie — — — —.“

6. Juli. Ganz geordnet, erzählt, daß der genannte Herr sein Freund si, dem er gerne schreiben möchte.

9. Juli. In der Zelle, singt laut die Volkshymne, beginnt lebhaft zu chreien, sobald er A. bemerkt. Als ihm eine Ansichtskarte gezeigt wird, um ie er gestern (in der luziden Phase) für seinen Freund bat, nennt er dessen amen. Schlägt am Abend wütend gegen die Tür, beruhigt sich aber sofort ls er A. sieht, und bittet ihn flehentlich um Freilassung. Trinkt nach kurzer Weigerung das ihm gereichte Paraldehyd, schläft darauf ruhig ein.

10. Juli. Morgens luzide, die Intermission dauert bis 4 Uhr nachts.

11. Juli. Stellt sich in keck herausfordernder Haltung A. gegenüber und uft in schneidigem Tone: „Habe die Ehre, guten Tag“ (keine Antwort) .Bestie, kehrt Euch, marsch.“ Als A. ruhig stehen bleibt, „Verzeihung, bitte um Entschuldigung.“ Nachmittags beruhigt, beteiligt sich am Kegelspiele.

12. Juli. Nachts gut geschlafen, unterhält sich bei der Frühvisite mit A., steigt aber plötzlich auf das Fensterbrett und streckt die Hände durch las Gitter hinaus. Angerufen, steigt er sofort herab und entschuldigt sich, er habe die Mäher draußen betrachten wollen. Bis 1 Uhr nachts ruhig, beginnt dann zu lärmen.

13. Juli. Muß bis nachmittags isoliert werden.

14. Juli. Nach gut durchschlafener Nacht führt er heute mit A. geordnete Unterredung, hofft bald gesund zu werden, trägt Schreiberdienste an. Patient hat ein kleines Geschwür am Sulcus coronarius.

15. Juli. In der Zelle, schlägt lebhaft um sich. Als er A. sieht, ruft er wütend: „Behandeln Sie mein Geschwür.“

17. Juli. Unterhält sich geordnet mit einem Herrn und schlägt, als dieser fortgeht, mit aller Wucht die Tür hinter ihm zu.

18. Juli. Aus der Zelle, anscheinend luzide, entlassen, schlägt er einen ruhig dastehenden Patienten zu Boden.

19. Juli. Gestern tagsüber luzide, seit 4 Uhr morgens isoliert. Verlangt bei der Frühvisite in barschem Tone seine Entlassung. Fragt A., ob er sich des gestrigen Vorfalles wegen fürchte, ihn aus der Zelle zu lassen. Auf die

Antwort: Ja, für die andern, — schreit Patient: „Nun dann können mich — — —“ Beruhigt sich nachmittags und ist ganz luzide.

24. Juli. Bis heute normales Verhalten, beschäftigt sich mit Spiel, Zeitungslesen, empfängt Besuche, mit denen er geordnete Unterhaltung führt. Zeitweilig verzieht aber Patient plötzlich krampfhaft das Gesicht, ginnt zu tanzen oder auf Tische und Bänke zu springen. Bei der heutigen Frühvisite gibt er eben noch A. ganz sinngemäße Antworten, sagt dann ganz unvermittelt: „Jetzt telegraphiere ich aus Port Arthur.“ Nach einer Weile: „Gestern war der Chefredakteur der „Zeit“ da.“ Wirft sich nach hinten zur Erde und weint.

27. Juli. Status idem. Grüßt heute A., als derselbe den Saal betritt, mit prononciert trotziger Miene, geht dann mit festen Schritten, die krampfhaft auf dem Kopfe, heraus und schleudert heftig hinter sich die Tür auf. In einem sonst ganz korrekten Briefe an seine Verwandten findet sich folgender Absatz: „Wärter L. reitet ein Pferd zu (richtig), derselbe war voriges Jahr bei meiner Batterie eingerückt, folglich kann ich nicht früher heraus, als er damit fertig ist, was nach seiner Berechnung sechs Wochen dauern wird.“ Das ist mir denn doch etwas zu lang.“

12. August. Patient zeigt andauernd ein durchaus geordnetes Benehmen, das nur ziemlich selten von impulsiven Handlungen, wie Auflachen, Schreien, Pfeifen, auf Bänke Springen unterbrochen wird. Mitunter liegt er auch stundenlang nur mit Hemd und Beinkleidern bekleidet im Grase.

18. August. Wird anlässlich einer Feierlichkeit den weiteren Anwesenden kreisen zugeführt, und benimmt sich gesellschaftlich in tadelloser Weise.

Januar 1905. Andauernd vollkommen geordnetes Benehmen, hält ihm erteilten Ausgänge pünktlich ein, verkehrt mit den Familien der Leutnants und Beamten, ohne je eine Inkorrektheit zu begehen. Seine Konversation entspricht seinem Stande und Charakter. Leistungen, die im Bereiche seiner früheren Beschäftigung liegen, wie Reiten, Kutschieren, Überwachen der Pferdewartung gelingen in promptester Weise, dagegen zeigt sich Patient bei intellektueller Arbeit nicht geeignet. Er versagt schon bei einfacher Kautionsarbeit, da ihm ein Konzept gänzlich fehlt, bei Schreibarbeiten sich immer wieder dieselben Fehler wiederholen. Letzteres auch bei früher nicht geübten mechanischen Leistungen, wie Kopieren von Photographien. Das eine Zeitlang betriebene Studium für eine Prüfung aus dem Rechnungsfache hat Patient wieder aufgeben.

Im März wird Patient entlassen; er bekleidet eine zeitlang eine Stellung in einem Gestüte. Im Juli unverändert gutes Befinden.

Die untereinander der Art nach weit übereinstimmenden Anfallfälle waren hauptsächlich charakterisiert durch heftige motorische Agitation von durchaus einförmigem Wesen, Mangel ausgesprochenen Affektes, Bewegungs- und Haltungsstereotypien, Rededrang bei geringer Produktivität und ständiger Wiederholung gewisser An

ke, Phrasen und Schimpfworte, impulsive Handlungen, Vorden, geringe Störung der Orientierung.

Aus diesem Grunde wurde für das Zustandsbild im einzelnen alle die Diagnose katatonen Erregungszustand gestellt. Der weitere Verlauf konnte die Zugehörigkeit des Falles zur Dementia cox nur klarer erweisen. Der am 19. Juli beobachtete Anfall ist, falls es sich tatsächlich um einen epileptischen handelt, ein Einwand gegen die Diagnose, da bereits *Kahlbaum* darauf weist, daß epileptiforme Anfälle, choreaartige Konvulsionen des Gesichts und der Extremitäten, wogende Zuckungen einzelner Muskelfasern (vergl. die im Lazarette beobachteten Muskelkrämpfe) der Katatonie auftreten und spätere Beobachter epileptische Anfälle im Verlaufe dieser Krankheit feststellen. Die Intermittenz der Erregungszustände ist kein fremdartiger Zug dieses Krankheitsbildes, bei dem ja, wie auch *Kraepelin* betont, in einer großen Zahl von Fällen ein mehr weniger rascher Nachlaß aller Krankheitserscheinungen, wenn auch nur für Stunden oder Tage erfolgt. Die Zusammenstellung der im Burghölzli und in Rheinau beobachteten periodischen Katatonien bringt *A. Müller*,¹⁾ dessen Fälle der Gruppe C Tagesperiodiker sind, demnach dem typischen formal entsprechen. Leider stammen beide Beobachtungen aus einer Zeit, in der den katatonischen Symptomen noch weniger Beachtung geschenkt wurde.

Sein 21. Fall, Fr. Z. S., 1882 in Rheinau aufgenommen, zeigte einen deutlich regelmäßigen Wechsel von „einem Mittag bis zum andern gut, bis zum nächsten schlecht. In guter Stimmung näht sie und führt noch ordentliche Gespräche in Deutsch und Französisch. In den andern Zeiten hat sie wohl viele Gehörshalluzinationen und Illusionen: sie antwortet ihnen, oft mit Wimpfen und Dreinschlagen; macht oft unvermittelt rasche Bewegungen aus absoluter körperlicher Unbeweglichkeit heraus.“²⁾ 22. B. E., 1878. Im Burghölzli ist ebenfalls typisch einen Tag ruhig, apathisch herumliegend oder sitzend, am andern Tag entweder heiter erregt, Choräle oder Zotenlieder singend, oder ganz affektlos in singender Weise blöde Wahnideen vorbringend.“³⁾ Nach Rheinau versetzt, hier gleicher Wechsel; einen Tag manisch mit Geistesflucht bis zur Verwirrung, Bewegungsdrang, Singen, Schmieren, stereotypen Handlungen; den andern Tag ruhig arbeitend, oft mit deutlich melancholischen Zeichen.“³⁾

¹⁾ *A. Müller*, Periodische Katatonien. Züricher Inaug. Diss. 1900.

²⁾ loc. cit. S. 42.

³⁾ loc. cit. S. 43.

Außer in der Verlaufsform dieser beiden Fälle, findet man zumal im zweiten auch vielfach inhaltliche Übereinstimmung mit dem unsrigen, dagegen unterscheiden sie sich von ihm durch das stärkere Hervortreten von Halluzinationen und Wahnideen. Fast nur formale Beziehungen hat unser Fall mit dem von *Näcke*¹⁾ als Katatonia alternans beschriebenen, bei dem „ein regelmäßiger Turnus von starker Erregung und Verwirrtheit und ausgeprägtem Stupor von gleicher Dauer erfolgte.“ Die durchschnittliche Dauer der Erregungsphase betrug einmal in einem zehnwöchentlichen Abschnitte 25, jene der stuporösen 29 Stunden. In diesem Falle tritt die Periodizität erst im Endstadium der Katatonie auf, was zum Teil die inhaltliche Differenz mit unserem Falle erklären könnte.

Die Eigenart des Verlaufes legt es nahe, die Beziehungen des hier beobachteten Krankheitsbildes zu der Gruppe jener zu erörtern, deren Artcharakter nach *Kirn*²⁾ kurze Anfälle, schwere Störungen des Bewußtseins, große Erregung und intensive motorische Entladungen bilden (zentrale Typose mit kurzen Anfällen (*Kirn*), idiopathisches, periodisch wiederkehrendes Irresein in Form von Delirium (*Krafft-Ebing*)³⁾ Délire intermittent (*Taguet*)⁴⁾ akute, rekurrende Verrücktheit (*Greidenberg*)⁵⁾ periodisch-delirante Verworrenheitszustände (*Pilcz*)⁶⁾. Die eigentümliche Verlaufsform der unter diesen Namen beschriebenen Krankheitsbilder, sowie der hierher gehörigen Fälle von *Morel*⁷⁾ (1860) und *Pick*⁸⁾ (1881) legte aber auch eine Beziehung zur Epilepsie nahe, für die ja von

1) *P. Näcke*, Raritäten aus der Irrenanstalt. Allg. Zeitschrift f. Psychiat. Bd. 50 S. 630—672. 1894.

2) *Kirn*, Die periodischen Psychosen, Stuttgart 1878.

3) *v. Krafft-Ebing*, Arbeiten aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie und Neuropathologie III. Heft 1898. 4. Über idiopathisches periodisch wiederkehrendes Irresein in Form von Delirium. S. 119—137.

4) *Taguet*, Contribution à l'étude du délire intermittent. Annales medico-psychologiques. Ser. VI. T. VII. p. 208—221. 1882.

5) *B. Greidenberg*, Zur Lehre über die akuten Formen der Verrücktheit Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 53. S. 500—524. 1897.

6) *A. Pilcz*, Periodische Geistesstörungen. Jena 1901.

7) *B. A. Morel*, Traité des maladies mentales. Paris 1860.

8) *A. Pick*, Beiträge zur Klinik der Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych. Bd. 11. S. 1—26, 1881.

*Samt*¹⁾) rasch aufeinanderfolgende, nicht maniakalische Anfälle als athognostisch angesehen wurden. Neben diesen äußeren Merkmalen schienen aber auch innere Züge, so u. a. das auch in unserem Falle an die epileptische *Moria Samts* erinnernde motorische Verhalten auf die Zugehörigkeit zur Epilepsie hinzuweisen, die insbesondere von *Morel* und *Krafft-Ebing* betont wurde. Gegen die epileptische Natur unseres Falles spricht aber entschieden der Mangel von gröberen Erinnerungsdefekten. Neben der Erinnerung an die eigenen Handlungen besteht auch noch gutes Gedächtnis an Vorfälle und Begebenheiten während der Anfälle bis ins Einzelne. So konnte Patient nachträglich noch genaue Angaben über die Behandlung seitens der Wärter geben und über kleinere Vergehen derselben, die sie in seiner Gegenwart im guten Glauben auf die künftige Amnesie begangen hatten. Ferner das bloß vorübergehende Auftreten von nicht epileptisch gefärbten Sinnesäuschungen; die relativ geringe Orientierungsstörung im Anfalle; die Beeinflußbarkeit durch stärkere Eindrücke während des Anfalles; endlich der Charakter der Handlungen, denen das Blinde, Elementare der Epilepsie fehlte, und für die nachträglich immer vom Patienten eine Motivierung gegeben wurde. So steigt Patient während der Unterredung aufs Fenster um Mäher zu beobachten, schlägt und stößt die Wärter wegen ihrer Nachlässigkeit, pocht an der Zellentür, um herausgelassen zu werden, entschuldigt sich für diesen Lärm, mit der Bemerkung, daß er doch niemanden aus dem Schlafe gestört.

¹⁾ *P. Samt*, Epileptische Irreseinsformen. Arch. für Psychiatrie. Bd. 5. S. 393—444. 1874. Bd. 6. S. 110—216. 1875.

Ein Fall progressiver Paralyse im Anschluß an einen Unfall durch elektrischen Starkstrom.¹⁾

Von

Dr. A. Adam, II. Assistenzarzt der Anstalt Karthaus-Prüll.

Nach der Sonderabhandlung von *S. Jellinek*, „Elektropathologie. Die Erkrankung durch Blitzschlag und Starkstrom in klinischer und forensischer Darstellung“ wird auf S. 216 der „elektrische Unfall“ bedingt „einzig und allein durch Übergang von Elektrizität auf den menschlichen bzw. tierischen Körper. Dadurch ist aber der Begriff „elektrischer Unfall“ gegen jede andere Kategorie von Unfällen scharf abgegrenzt.“ So gehören selbstverständlich unter anderem die sog. Schreckneurosen, welche gerade bei genannter Art von Unfällen in ätiologischer Hinsicht häufig Schwierigkeiten bieten, nicht hierher.

A. Eulenburg hat in seiner Abhandlung in Nr. 2 und 3 der „Berl. Klin. Wochenschrift“ neben anderem auch einen Fall von im Anschluß an einen elektrischen Unfall eingetretener paralytischer Seelenstörung angeführt, wobei er auf zwei bereits von *Jellinek* mitgeteilte paralyseähnliche Erkrankungen infolge elektrischen Traumas hinweist.

Einen weiteren Fall derselben Erkrankung infolge gleichgearteten Unfalles hatte ich in hiesiger Anstalt zu beobachten Gelegenheit und möchte ihn, da es bei der Abgabe besonders von Unfallsgutachten oft von Interesse und Belang ist, auf gleiche

¹⁾ Aus der Kreisirrenanstalt Karthaus-Prüll (Regensburg), Direktor: Medizinalrat Dr. *Feldkirchner*.

zurückgreifen und hinweisen zu können, der Öffentlichkeit vorenthalten.

Insbesondere wurde Wert darauf gelegt, in vorliegendem Falle möglichst nach ererbter oder erworbener Lues zu fahnden, da wohl keinem Zweifel unterliegt, daß wir heute mit der Syphilis einem Hauptfaktor in der Ätiologie der progressiven Paralyse rechnen müssen. Erst nach Ausschluß jeder syphilitischen Infektion und sonstiger Ursachen habe ich mich berechtigt geglaubt, Paralyse vorliegenden Falles in kausalen Zusammenhang mit stattgehabten elektrischen Trauma bringen zu dürfen und im folgenden mitzuteilen:

J. S., verheirateter Monteur, 34 Jahre alt. Nach Angaben der gesunden Frau ist S. seit 7 Jahren mit ihr verheiratet; Frau S. hat von ihm drei gesunde Kinder und machte keine Fehlgeburten durch. Ein Vetter des S. ist geisteskrank, in hiesiger Anstalt, doch konnte über psychische Erkrankungen usw. der Eltern und sonstigen Angehörigen und Verwandten nichts ermittelt werden. Vielmehr leben — nach behördlicher Mitteilung — die Eltern noch, der Vater 66, die Mutter 59 Jahre alt. Beide waren gesund und erfreuen sich auch jetzt noch der besten Gesundheit. Alle vier Kinder, im Alter von 38, 36, 33 und 30 Jahren, sind verheiratet und sehr gesund.

Auch Patient war früher gesund und kräftig, nur mußte ihm im August 1902 an eine Phlegmone infolge einer Quetschung der rechte Ringfinger am 1. August 1902 amputiert werden. Über irgendwelche luische Infektion konnte nichts in Erfahrung gebracht werden. Im Alkoholgenuß war Patient stets mäßig.

Am 29. Juli 1902 erlitt S. dadurch einen Unfall, daß er bei der Reinigung eines Transformators einer Licht- und Kraftanlage (zweiphasiger Wechselstrom 10000 Volt Spannung u. ca. 200 Ampère an der Zentrale) in den Strom gerieth. Es entstand dadurch sog. Kurzschluß, dem Patienten wurde der Kopf verbrannt, außerdem erlitt er einige Brandwunden im Gesicht. Er war, wie es heißt, eine Zeitlang bewußtlos. Wie die näheren Umstände waren, ist er im Augenblick des Unfalls mit Isolierhandschuhen usw. bekleidet war, konnte ich nicht erfahren. Im Sommer 1903, also nach ca. einem Jahr, fielen bei S. Gedächtnisschwäche und Störungen in der Sprache auf. Im September desselben Jahres hatte er einen paralytischen Anfall, nach welchem er für eine Zeit das Sprachvermögen ganz einbüßte. Am 19. Februar 1904 drängte er fort infolge aufgetretener Größenwahnideen, welche seit Anfang dieses Jahres bestanden. Er wollte sich ein Schloß und eine Villa bauen usw. Tags darauf wurde er in das Krankenhaus zu M. verbracht.

Bei der Aufnahme dort befand sich Patient in reduziertem Ernährungsstand. Am rechten Vorderarm waren einige kleine strahlige Narben sichtbar. Tremor beider Hände; Pupillen mittelweit, nicht ganz rund, reagierten

nur ganz minimal auf Lichteinfall. Patellarreflexe gesteigert, *Romberg'sches* Phänomen in geringem Grade vorhanden. Starke artikularische Sprachstörung, Mitbewegung vieler Gesichtsmuskeln, die mit dem eigentlichen Sprechen nichts zu tun haben. Ausfahrende und zitterige Schrift, Auslassung von Buchstaben. Innere Organe ohne pathologischen Befund.

Psychischer Befund: Über Ort und Zeit war Patient nicht orientiert, doch gab er sein Alter und Geburtsdatum richtig an. Er zeigte bereits ziemlich hochgradige Demenz. Fragen aus der Geschichte und Geographie beantwortete er in völlig unsinniger Weise; die einfachsten Rechenexempel vermochte er nicht zu lösen. Stimmung meist recht vergnügt, oft unmotiviertes Lachen. Kein Krankheitsgefühl, keine Erinnerung für die Erlebnisse der letzten Zeit. Äußerung schwachsinniger Größenideen:

Er habe sich in G. ein Schloß gebaut, er und seine Frau ritten öfters zusammen aus, er habe mehrere Pferde und eine Bäckerei.

Bei der alsbald erfolgten Aufnahme in hiesiger Anstalt bot Patient in somatischer wie psychischer Hinsicht den gleichen Befund. Besonders auffallend waren: Starke Sprachstörung, träge Reaktion beider Pupillen, unsicherer Gang; bedeutende Intelligenzdefekte, lückenhaftes Gedächtnis, gleichmäßig indifferente Gemütsstimmung. Während seines Aufenthalts hierselbst bot Patient ein typisches Bild fortschreitender körperlicher und geistiger Lähmung. Er wurde zusehends unbeholfener in Gang, Sprache und sonstigen Bewegungen. Blasen- und Mastdarmlähmungen traten ein; nach einem auch hier beobachteten paralytischen Anfall wurde er fast völlig dement, so daß sich seine sprachlichen Äußerungen schließlich auf seinen mühsam hervorgestammelten Familiennamen beschränkten. Nach etwa dreizehnmonatigem hiesigen Aufenthalt erfolgte nach starker Abmagerung und Gewichtsabnahme der Tod unter den Zeichen allgemeiner Erschöpfung.

Die Sektion ergab die Bestätigung der intra vitam unschwer gestellten Diagnose: Das Schädeldach war dick und schwer, die Diploe geschwunden. Die Dura stellte über den Stirnlappen einen fluktuierenden Sack dar, bei dessen Eröffnung eine große Menge hellrötlicher Flüssigkeiten abließ. Die harte Hirnhaut war an ihrer Innenfläche beiderseits, besonders aber links, mit bis zu mehreren Millimetern dicken, rötlichen, teils mißfarbenen, geschichteten Auflagerungen, teilweise auch mit frischeren Blutungen bedeckt. Zwischen Dura und Haematomhaut befand sich eine Menge Blutgerinsel und Serum, wiederum links mehr als rechts. In den Schädelgruben hafteten bis zu 1 cm dicke graurötliche Auflagerungen.

Die Pia war relativ wenig getrübt, jedoch stark verdickt und ödematös, und ließ sich nicht ohne Substanzverlust der Hirnrinde abziehen.

Ihre Venen waren stark mit Blut gefüllt. Die Hirnwindungen waren besonders über den Stirnpartien, stark atrophisch, die dazwischen gelegenen Sulci entsprechend verbreitert. Bei der Eröffnung der sehr erweiterten Seitenventrikel floß eine große Menge Serum ab. Das Ependym in den Seitenventrikeln war glatt, im IV. Ventrikel zeigte es deutliche Granulationen. Das

lark sah auf der Schnittfläche schmutzig bläulich-weiß aus, ließ wenig Blutunkte, doch zahlreiche durchschnittene Gefäße erkennen. Die Substanz der rmalen Rinde und der Großhirnganglien hob sich durch ihre bläulich-rote arbe deutlich vom Mark ab. Die Konsistenz der ganzen, 1180 g schweren ehirnmasse war merklich vermindert. Anderweitige Organerkrankungen, isbesondere Reste überstandener Syphilis, wurden nicht gefunden.

Nach Anamnese, klinischem Verlauf und Sektionsbefund mußte demnach in von der Berufsgenossenschaft für Feinmechanik in N. eingefordertes Gutchten dahin abgegeben werden, daß S. an allgemeiner fortschreitender ähmung der Irren litt, und daß diese geistige Erkrankung, und somit auch ein Tod, auf den Unfall vom 29. Juli 1902 zurückzuführen sei.

Fragt man sich nun, in welcher Weise solch schwere Schädigungen der Hirnrinde durch Elektrizität zustande gebracht werden, so wird man darauf zurzeit noch keine in allen Punkten befriedigende Antwort geben können:

Das elektrische Trauma ist nach *Jellinek*, dessen Ausführungen auch dem Folgendem größtenteils zugrunde liegen, als Resultierende der elektrischen, mechanischen, thermischen, chemischen resp. elektrolytischen usw. Komponente aufzufassen.

Die rein elektrische Wirkung dürfte sich in unserem Falle vielleicht derart geäußert haben, daß die feinsten Nerven und Ganglienzellen, Gefäßverzweigungen usw. durch die Berührung mit dem Strom eine Massenverschiebung und vielleicht auch eine Volumsänderung, eine Deformation, erlitten (*Jellinek*). Bei einem Strom von solcher Spannung und Intensität, wie in unserem Falle, ist eine so schwere Schädigung des so empfindlichen Zentralorgans leicht erklärlich. Erwähnt muß dabei werden, daß natürlich nicht 10000 Volt und 200 Ampère in Betracht kommen, sondern infolge der Widerstände durch die Haut usw. viel weniger.

Bei der mechanischen Wirkung kommt wohl die krampfhaftes Zusammenziehung der Muskulatur der Gefäßwände in Betracht, welche durch die plötzliche sekundäre Anämie des Gehirns die Bewußtlosigkeit erklären könnte.

Zweitens wird man auch den Druck auf die Hirnteile, welcher durch Expansion der Blutgase und durch Volumszunahme der Cerebrospinalflüssigkeit entsteht, besser zu den mechanischen als zu den unten erwähnten thermischen Wirkungen rechnen. *Richardson*

(med. Times and Gaz. Mai—Sept. 1868) hat schon vor langer Zeit bei Tieren, die er mit seinem Induktionsapparat getötet hatte, als Hauptursache des Todes die plötzliche Expansion der Blutgas und die dadurch entstehende Gehirnerschütterung betrachtet. 7 Jahre früher hatte *Eppenbeck* (Casp. Vierteljahrsschr. 1861 Bd. 19) das Aderlaßblut eines vom Blitz (d. i. elektrischer Entladung) Getroffenen schaumig gefunden, wohl ein Zeichen für die Expansion der Blutgase.

Bei der Erörterung der thermischen Wirkung des elektrischen Stromes muß man sich des elektrophysikalischen Satzes erinnern, daß jeder Leiter von dem ihn durchfließenden Strom erwärmt wird und zwar nach Maßgabe der Stromstärke und des Widerstandes. Fließen mehr Ampère durch einen Leiter, als seine Leitungsfähigkeit beträgt, so wird der Leiter durch die entstehende (sog. *Joulesche*) Wärme unter Umständen stark, oft bis zum Schmelzen erhitzt, es entsteht sog. Kurzschluß. Wird der menschliche Körper nun durch Anschließung an den Stromkreis zum Leiter, so muß auch in ihm bei so hoher Stromintensität und -spannung, wie in unserem Falle, eine nicht unbedeutende Wärmeentwicklung stattfinden, welche naturgemäß die empfindlichsten Organe, wie das Gehirn, auch am empfindlichsten schädigt.

Die elektrolytische Komponente kommt in vorliegendem Falle nicht in Betracht, da durch Wechselströme keine Elektrolyse bewirkt wird.

Warum nun nicht jeder heftige elektrische Insult eine Erkrankung der Hirnrinde hervorruft, warum nicht jeder eine Paralyse, ob nicht andere Organe unter Umständen besonders geschädigt werden, das hängt wohl von vielen Zufälligkeiten, wie Ort des Stromeintritts in den Körper und somit Art der Stromverteilung in ihm, individueller Widerstandskraft des Gehirns und anderem ab. Zum Teil haben wir dafür überhaupt keine plausiblen Erklärungen.

Wenn vorstehende Ausführungen auch das Stattfinden von Schädigungen unter anderem der Hirnrinde durch Elektrizität dokumentieren, so bleibt die Frage, warum hier gerade eine paralytische Seelenstörung die Folge war, bis auf weiteres noch offen. Dies ist bei den geringen Kenntnissen, welche wir über das Wesen

Elektrizität und über die Art ihrer Wirkung besitzen, nicht wunderlich. Und so kann nach allem der Hauptzweck dieser Mitteilung nur der sein, das in diesem Spezialthema noch sehr dürftige statistische Material etwas zu ergänzen und in einschlägigen Fällen von Begutachtung einen Präzedenzfall mehr an die Hand zu geben.

Über kombinierte Psychosen nebst einem kasuistischen Beitrag.

Von

Dr. Geist, Arzt an der Kgl. Sächs. Landesanstalt Zschadraß.

I. Theoretisches.

Die Frage nach dem Vorkommen kombinierter Psychosen worunter ich das Hinzutreten einer Psychose zu einer andern bzw. zu einer psychopathischen Konstitution verstehe, hat gegenwärtig eine andere Bedeutung wie früher. Ihre Lösung hängt eng mit der Systematik der geistigen Erkrankungen zusammen. Bis vor nicht allzulanger Zeit gründete sich diese letztere in der Hauptsache auf die Symptomatologie: gewisse Symptomenkomplexe, Zustandsbilder galten als spezifische Krankheitszustände *sui generis*. Die Mangelhaftigkeit einer solchen Methode zeigte sich schon äußerlich nicht allein in der Zahl der angegebenen Systeme, sondern auch darin, daß sehr viele, ja geradezu die meisten Krankheitsfälle sich nur sehr gezwungen in die verschiedenen Systeme einreihen ließen. Allerdings schälten sich aus der großen Menge der klinischen Krankheitsbilder doch schon einzelne, auch noch heute anerkannte Erkrankungseinheiten mit zunehmender Deutlichkeit heraus, wie die progressive Paralyse.

Gerade die Erforschung dieses Leidens ist es wohl gewesen, die bei immer festerer Begründung seiner Spezifität den Fehler der früheren Systematisierungsmethode nachwies. Man konnte die Paralyse zunächst unter dem Bilde einer klinisch reinen Manie verlaufen sehen; sie konnte *Korsakowsche* oder hysterische Symptome zeigen; „epileptische“ Krämpfe in ihrem Verlaufe hatte man

on längst als „paralytische“ kennen gelernt. Gelegentlich erwies sich auch eine „Paranoia“ oder ein „Querulantenwahn“ als benennende Paralyse.

Solange man Zustandsbilder mit spezifischen Krankheitsheiten identifizierte, mußte man natürlich hier, wie in allen übrigen Fällen, wo Symptomenkomplexe im Verlaufe einer zusammenhängenden Störung wechselten, die Diagnose auf „kombinierte Psychose“ stellen. Die heutige Psychiatrie berücksichtigt bei der Aufstellung ihrer Krankheitstypen auch noch andere Faktoren, Ätiologie und Verlauf, eine Methode, die gerade wieder bei der Systematisierung der Paralyse so fruchtbringend gewesen ist.

In vielen Fällen, in denen die frühere Anschauung Kombinationen sah, werden wir gegenwärtig oft nur Spielarten dieser oder jener Erkrankung sehen können, wohingegen die Annahme einer Kombination voraussetzt, daß zwei im Sinne unserer jetzigen Systematik unzweifelhaft verschiedene Krankheitstypen zur Beobachtung gelangen.

Dem zeitigen Stande unserer Wissenschaft entsprechend sind auch der dem Nachweis solcher Kombinationen verhältnismäßig enge Grenzen gesetzt. Wir sind nun einmal für die Beurteilung der psychischen Erkrankungen des Gehirns immer noch so gut wie ausschließlich auf die gestörten Funktionen angewiesen. Und auch bei andern, körperlichen Erkrankungen der objektive Befund, z. B. die Autopsie wenigstens in der übergroßen Mehrzahl der Fälle eine sichere Diagnose stellen lassen, so fehlt der Psychiatrie dieses Hilfsmittel noch. Es liegt aber im Wesen der Funktionsstörungen, daß sie nicht in gleich markanter Weise Unterscheidungsmerkmale zeigen, wie die objektiven Veränderungen. Denn es ist doch immer das eine in seinen Funktionen generell gleichartige Organ, das auf die krankmachende Ursache reagiert. Deswegen können oder müssen wir nach Analogie der krankhaften Veränderungen anderer Organe auch beim „Organ der Psyche“ bei aller Mannigfaltigkeit der Symptome doch gewisse wiederkehrende Grundtypen der Funktionsstörungen erwarten, wie Halluzinationen, manische Zustände u. a. Auch dem Krampfanfall möchte ich im allgemeinen eine solche Bedeutung beilegen. Gilt er auch als spezifisch für die Epilepsie, so treffen wir ihn doch

auch bei einer ganzen Reihe anderer Krankheiten wieder, wie Hysterie, dann auch bei der Paralysis progressiva, Dementia postapoplectica u. a. Nicht gar so selten beobachten wir ihn bei der Dementia praecox, nicht bloß bei den typischen Fällen, sondern auch bei paranoischen Verblödungspsychosen, die allem Anschein nach ebenfalls zur Gruppe dieser Krankheit zählen. Berücksichtigt man ferner noch, wie häufig Krampfanfälle neben psychischen Störungen, Aufregungs- und Angstzuständen, Delirien u. a. bei vielen Vergiftungen vorkommen, so hat die Anschauung vieles für sich, daß motorische Reizerscheinungen im weitesten Sinne überhaupt mit zu den Allgemeinerscheinungen der psychischen Hirnrindenerkrankungen zählen, wobei ihr Auftreten von der Ausdehnung, dem Grade und der Lokalisation des Prozesses abhängen könnte. Solche psychopathologische Grundtypen, zu denen ich ferner auch noch Symptomenkomplexe, wie „Verfolgungswahn“, „Größenwahn“ rechne, können dann bei den verschiedensten Krankheiten vorkommen. Man wird ihnen oft eine spezifische Färbung nicht absprechen können, wie z. B. dem Eifersuchtswahn der Trinker, dem Größenwahn der Paralytiker, dem „grand mal“ der Epileptiker u. a. Doch können sie auch in einer solchen Form nicht absolut für pathognomonisch gelten, da man sie ebenso, wenn auch selten, bei anderen sicher verschiedenen Leiden treffen kann. Kommen solche Zustandstypen nun auch bei einer Erkrankung zur Beobachtung, bei der sie in der Regel fehlen, so wird man sie — wenigstens bei unsern gegenwärtigen Kenntnissen vorläufig noch — lieber im Sinne eines atypischen Falles, der vielleicht durch eine ungewöhnliche Ausbreitung des Prozesses bedingt ist, bewerten, als sich für eine Kombination entscheiden.

Für eine Kombination verlangen wir unbedingt, wie oben schon gesagt, zwei sicher verschiedene Erkrankungen, als solche können aber bloße Zustandsbilder nicht gelten. Sehe ich von den chronischen Vergiftungspsychosen ab, die im System eine besondere Stellung einnehmen, so gründen wir unsere Diagnose einer Krankheitseinheit in der Hauptsache entweder auf spezifische Symptome, die die erwähnten psychopathologischen Grundtypen begleiten, wie Störungen von seiten des Projektionssystems bei der Paralyse, oder auf das Fehlen solcher und auf den Verlauf und Ausgang

er Erkrankungen. Gewiß ist, daß auch bei den letzteren, bei denen spezifische Symptome fehlen, und bei denen die Diagnosezusagen nur per exklusionem gestellt wird, die bisherigen Erfahrungen dafür sprechen, daß es auch bei ihnen gelingen wird, schon bald nach ihrem Beginne gewisse Charakteristika herauszufinden; aber für die Beurteilung einer Kombination reichen diese Erfahrungen, soweit ich übersehe, bis jetzt noch nicht aus.

Ähnlich gestaltet sich die Bedeutung des Verlaufes für die Annahme einer Kombination. Wir dürfen annehmen, daß für manche Psychosen das Ausbleiben einer Verblödung ebenso die Regel ist, wie für andere ihr Eintritt. Aber es ist klar, daß wir in diesem einzigen Merkmal nicht gleichzeitig charakteristische Zeichen für zwei kombinierte Psychosen erwarten können.

Für eine Reihe von Seelenstörungen bildet ferner die Periodizität ein in dem Vordergrund stehendes Symptom. Sicherlich ist ihre spezifische Bedeutung für den einzelnen Fall unbestreitbar, aber für unsere Frage der Kombinationen dürfte sie ziemlich belanglos sein. Denn einen periodischen Verlauf, wenn auch vielleicht nicht mit dieser Regelmäßigkeit, finden wir sehr häufig. Periodisch können Hysterie, Epilepsie und Paralyse verlaufen, Dementia praecox und paranoische Verblödzustände können lange Zeit periodisch auftretende Erregungsphasen zeigen, und auch eine „Paranoia periodica“ ist beschrieben worden. Daraus läßt sich aber schließen, wie die Periodizität für den Ablauf der ungestörten Funktionen des Zentralnervensystems überhaupt die Norm darstellt, so bildet sie wahrscheinlich auch einen Verlaufstypus für seine Erkrankungen. Jedenfalls ist sie nicht geeignet, den Ausschlag für die Diagnose einer Kombination zu geben.

Wir ersehen aus dem Vorstehenden, daß die große Zahl der Erkrankungen, die man unter dem Sammelnamen der einfachen Seelenstörung zusammenfaßt, im allgemeinen keine glücklichen Objekte für den Nachweis einer Kombination wenigstens gegenwärtig bilden, am allerwenigsten, wenn sie sich miteinander „kombinieren“. Selbstverständlich kommt es dabei immer noch auf den einzelnen bestimmten Fall an. Denn an sich kann man die Möglichkeit nicht bestreiten, daß zu jeder spezifischen Erkrankung jede andere kombinierend tritt, wenngleich auch hier

gewisse Grenzen gesteckt sein dürften. So ist es sehr wohl denkbar, daß ein Paranoiker schließlich an Paralyse erkrankt, das umgekehrte Verhältnis dürfte aber ausgeschlossen sein.

Eine völlig befriedigende Beantwortung der Frage über die kombinierten Psychosen werden wir überhaupt erst dann erwarten können, wenn wir an der Hand einer geklärten Systematik eine größere Anzahl einwandfreier Fälle geprüft haben. Immerhin dürfte es nicht unangebracht sein, einzelne Gruppen von Fällen zu betrachten, die geradezu häufiger vorkommende Typen von Kombinationen darzustellen scheinen.

So taucht diese Frage gar nicht selten beim angeborenen Schwachsinn auf. Wenn letzterer die Folge eines völlig abgelaufenen Prozesses ist, so stellt er gewissermaßen die konstitutionelle Norm für den betreffenden Menschen vor. Solche Personen können dann natürlich ebenso noch an einer Psychose erkranken wie die geistig höher stehenden, wobei allerdings der Ausbildung von Wahnsystemen gewisse Grenzen gesetzt sind. Prüft man die geistigen Erkrankungen der Imbezillen, so fällt einem das Vorherrschen der manischen Erregungszustände oder überhaupt der „affektiven Psychosen“ auf. Es fehlt mir allerdings ein Überblick darüber, wieviel Prozent Schwachsinnige überhaupt noch weiterhin geistig erkranken. Nach den in der Anstalt gemachten Erfahrungen scheint aber der Schwachsinn eine gewisse Disposition für die affektiven Psychosen zu schaffen. Trotzdem zögere ich mich hierbei im allgemeinen für Kombinationen zu entscheiden. Es ist ja von verschiedenen Seiten darauf aufmerksam gemacht worden, daß nicht wenig Kranke, die an irgend einer periodischen affektiven Geistesstörung erkranken, in früherer oder späterer Kindheit an einer organischen Krankheit des Gehirns bzw. seiner Häute gelitten haben. Die Wahrscheinlichkeit, in dieser Erkrankung die Ursache für die spätere Psychose zu finden, ist in manchen Fällen groß. Aber auch für den Schwachsinn nehmen wir als häufige Ursache ein solches überstandenes Gehirnleiden in Anspruch. Da ist es denn doch naheliegend, in dem Auftreten einer periodischen Seelenstörung bei einem Imbezillen die Folge eines und desselben, auch den Schwachsinn ursprünglich bedingenden Prozesses zu sehen. In anderen Fällen war eben die

Erkrankung nicht so schwer, daß sie zum Schwachsinn geführt hätte: sie hat dann nur die Veränderungen geschaffen, die später die periodischen Seelenstörungen verursachen. Ob man bei einer solchen Auffassung dann von „Kombination“ sprechen will, ist allerdings in gewissem Sinne Geschmackssache; ich möchte hierbei wenigstens nicht von einer reinen Kombination reden.

Ähnlich steht es auch mit dem Vorkommen der Dementia praecox bei angeborenem oder ganz früh erworbenem Schwachsinn. Auch hierbei ist geltend gemacht worden, daß die Dementia praecox möglicherweise nur ein Neuaufflackern jenes alten Prozesses bedeute, der seinerzeit zum Schwachsinn führte. Unter meinem Material unzweifelhafter Dementia praecox-Fälle finde ich ausgesprochene Imbezillität zwar nur vereinzelt; dagegen ist in der Anamnese auffallend häufig eine geistige Minderwertigkeit verzeichnet, wie „dürftig, wenig begabt, schwach, sehr schwach befähigt, Lernen fiel ihm schwer“ u. a. Die Häufigkeit solcher Zustände, die man ja prinzipiell nicht von der Imbezillität als klinischem Krankheitsbilde trennen kann, ist bei meinen Fällen von Dementia praecox so groß, daß ein zufälliges Zusammentreffen eine Kombination nicht gut denkbar ist. Es erscheint vielmehr hier und dementsprechend auch beim angeborenen Schwachsinn die Meinung die richtige, die für solche Fälle eine bereits sehr früh einsetzende und in Schüben verlaufende Dementia praecox annimmt.

Von Interesse sind ferner auch die durch Epilepsie herbeigeführten Kombinationen. Ich sehe hierbei von der „Hystero-Epilepsie“ ab: sie bildet ein Kapitel für sich. Das Vorkommen der Epilepsie wird auch bei paranoischen Zuständen beschrieben, und zwar scheint dieses Vorkommen doch nicht so vereinzelt zu sein, daß man an eine ganz zufällige Kombination denken könnte, wie z. B. bei der Erkrankung eines Epileptikers an Tabes. Vielmehr hat es den Anschein, als ob das Auftreten von Epilepsie bei paranoischen Zuständen wiederum einen Typus von Kombinationen vorstellt.

Soweit ich übersehe, ist es der Krampfanfall, der der Diagnose einer kombinierenden Epilepsie zugrunde gelegt wird. Die Bedeutung des Krampfanfalles für die Erkennung der Fallsucht

ist zweifellos, gibt es doch keine kleine Reihe von Fällen, bei denen der Anfall eine Zeitlang oder auch für immer das einzige Krankheitssymptom ist. Trotzdem dürfte, wie ich oben ausgeführt habe, ein Krampfanfall noch nicht beweiskräftig für eine kombinierende Epilepsie sein. Gehören Krampfanfälle mit zu dem Bilde der Dementia praecox und den paranoischen Verblödungspsychosen, dann vermag ich in dem Vorkommen ausschließlich von Krampfanfällen bei andern paranoischen Zuständen eine Kombination noch nicht als erwiesen ansehen: auch der „Typus“ des Anfalles dürfte hierbei nicht ausschlaggebend sein.

Klinisch am besten nachweisbar erscheinen nun die Kombinationen einer Psychose mit der progressiven Paralyse. In einem solchen Zusammentreffen kann man geradezu das Paradigma der kombinierten Psychosen erblicken. Hier liegen die Verhältnisse für den Nachweis insofern günstig, als die Paralyse schon heute genügend charakterisiert ist und auch ihre beschränkte Dauer eine Beurteilung in der erwähnten Richtung erleichtert. Selbstverständlich muß auch hier strenge Kritik geübt werden, damit nicht einleitende Symptomenkomplexe als Krankheiten sui generis aufgefaßt werden.

2. Kasuistischer Beitrag.

In den letzten Jahren konnte ich einen Kranken beobachten, dessen Paralyse als Kombination einer „Schreckneurose“ auftrat. Als kasuistischer Beitrag soll die Beschreibung dieses Falles hier wiedergegeben werden. Allerdings handelt es sich dabei um eine Erkrankung, die im allgemeinen nicht zu den Psychosen im engeren Sinne gerechnet wird. Aber ganz abgesehen davon, daß solche „Schreckneurosen“ sicherlich den echten Psychosen innerlich verwandt sind, rechtfertigt in dem vorliegenden Falle die Schwere der Neurose sowie das Vorhandensein von psychischen Anomalien, wenn auch vielleicht — genauerer psychischer Status fehlt übrigens — nur leichteren Grades, seine prinzipielle Einreihung unter die Psychosen.

Die Wiedergabe der Krankengeschichte erfolgt summarisch.

Kaufmann X. (Zschadraß Nr. 710), geboren 1866, verheiratet, keine Erblichkeit usw. Anscheinend mäßig begabt, besuchte die Bürgerschule mit

geringem Erfolge, soll z. B. nie ordentlich haben rechnen können. Sprache war immer langsam. Über Lues nichts bekannt. Angeblich frei von irgendwelchen nervösen oder geistigen Störungen bis November 1896. Damals Eisenbahnunfall. Bei einem Zugzusammenstoße „fiel er zwischen die Bänke“. Er konnte aber noch die Fahrt von der Unfallstätte bis zum Bahnhof Y. sitzend im Bahnwagen zubringen. Auf dem Bahnhofe verließ er dann den Zug ohne fremde Hilfe und begab sich in die Fahrkartenausgabe. Hier wurde er auf einem Stuhle sitzend anscheinend bewußtlos vom Bahnhofsinsektor angetroffen. Er gab auf Anrufen keine Antwort, sondern ließ nur Klagetöne, wie „Ach Gott, ach, oh“ usw. hören. Später — wohl beim Namen angerufen — machte er die Augen groß auf, sah den Inspektor an und wurde nun „wie perplex“. Er rutschte in steifer Haltung vom Stuhle herunter und verfiel in eine Art von Krämpfen, in deren Verlauf er mit den Gliedern zuckte. Den Verletzten in einen Wagen zu bringen, gelang auch mit fremder Hilfe nicht, da er in steifer Haltung verharrte und heftig schrie. Der zuerst hinzugekommene Arzt fand den X. anscheinend bewußtlos auf dem Stuhle sitzend vor; ihn aus seiner Bewußtlosigkeit zu wecken gelang nicht, vielmehr rutschte er in steifer Haltung immer wieder vom Stuhle herunter. Bei jeder Berührung schrie er heftig, ebenso als er in den Krankentransportwagen gebracht wurde. In anscheinend bewußtlosem Zustande mit Schaum vor dem Munde ins Krankenhaus. Augenmuskelskrampf.

Am Vormittag des nächsten Tages, 5. Nov. 1896, wo der Verletzte immer noch den Eindruck eines Bewußtlosen machte, erkannte er seinen Vater nicht, wohl aber nachmittags nach Wiedererlangung des Bewußtseins. Am zweiten Tage nach dem Unfälle bei Bewußtsein, aber apathisch. Status: Überempfindlichkeit am Brustkasten und entlang der Wirbelsäule, unfähig, sich aufzurichten. Keine äußern Zeichen einer Quetschung des Brustkorbes. Öfteres Erbrechen und Blutauswerfen. Subnormale Temperaturen.

3. Dezember 1896 überführt ins elterliche Haus. Anfangs große Schmerzempfindlichkeit, Schlaflosigkeit, heftige Kopfschmerzen, nochmals blutiger Auswurf. Später Schmerzhaftigkeit geringer, Status: Keine Verletzung an den Wirbeln und Rippen nachzuweisen. Rippen auf Druck, besonders links, stark schmerzhaft. Rückenwirbel namentlich zwischen den Schulterblättern sehr druckempfindlich. Temperatur niedrig, Puls klein und beschleunigt. An den Extremitäten Schmerzempfindlichkeit stark herabgesetzt, bei tiefen Nadelstichen zuckt Patient gar nicht, während er am Rumpfe bei der leisesten Berührung empfindlich ist. Hautreflexe normal, Sehnenreflexe eher etwas gesteigert. Pupillenreaktion gut. Patient behauptet, schlecht sehen und nicht lesen zu können. Flimmern vor den Augen. Kann kaum auftreten, zittert dabei am ganzen Körper, droht hinzufallen. Ende Januar 1897 starke Reizsymptome etwas nachgelassen; bis Frühjahr 1897 dauernd im Bett, später den ganzen Tag auf dem Sofa, kann etwas auftreten. — März 1898. Große Muskelschwäche, leichte Ermüdbarkeit beim Gehen, das nur 10 Minuten

lang, in langsamem, steifem Gange mit kleinen Schritten und nur unter Benutzung eines Stockes erfolgt. Der rechte Fuß dabei ziemlich hochgradig nachgeschleppt. Noch wesentliche Druckempfindlichkeit der Rückenwirbel zwischen den Schulterblättern. Heftiges Kopfweh, starke nervöse Reizbarkeit, Flimmern vor den Augen, allgemeine psychische Verstimmung. Schlaflosigkeit. — Juni 1898. Gehen nur an Stöcken möglich. — August 1899. Muß noch meist im Fahrstuhl gefahren werden, kann nur wenig Schritte sicher gehen, menschenscheu. — Anfang 1900. Kann nicht ohne Stock gehen, rechtes Bein gelähmt, Gang hinkend, starke Kopfschmerzen, Schmerzen im Rücken, in den Seiten und Beinen; Husten und Blutausswurf noch fortdauernd (?), noch völlig erwerbsunfähig, meist bettlägerig, nur stundenweise außer Bett. — Oktober 1900. Hinkender, unbeholfener Gang, Stock, Gedächtnisschwäche. — Juni 1901. Neue Badereise, Besserung in der Bewegung des rechten Beines. — Februar 1902. Leidet noch an traumatischer Neurose, zu weiteren Besserung Badereise notwendig. — Sommer 1902. Badereise. Patient ist nicht imstande, allein zu reisen. — Spätsommer 1902. Patient befindet sich in einem sehr schlechten körperlichen und geistigen Zustande. Verfolgungsideen, Selbstmordversuch. — Oktober 1902. Verfolgungs- und Größenwahn, Sinnestäuschungen: Der König stellt ihm Extrazüge. Patient hat über riesige Geldsummen zu verfügen, Leute steigen ins Fenster, um ihn zu berauben usw. usw. — Seit dem Unfall völlig erwerbsunfähig. Streitigkeiten wegen der Höhe der Entschädigungen. Pfändungen der erhaltenen Gelder durch Gläubiger, sehr viel Ärger.

Aufnahme in Zschadraß 10. November 1902. Status: Blöder Gesichtsausdruck, schlecht genährt, Pupillenreaktion träge: Zunge weicht nach links ab, fibrilläre Zuckungen. Sprachstörung. Leichter statischer Tremor. Berührungsempfindlichkeit überall vorhanden. Bei Stichen zuckt der Patient lebhaft zusammen. Fußsohlenreflex sehr erhöht, Patellarreflexe 1. > 1. Keine Motilitätsstörungen. Verworrene Ideenflucht: Erhält Geld vom russischen Kaiser, großartige Wäsche vom König. Von Rußland, von allen Staaten bekommt er Militär zum Schutze seines Geldes usw. Später Größenideen immer abenteuerlicher: Patient ist unverletzlich, kugelsicher, aus Eisen, wiegt 800, 8000, 80000 Zentner, ist der erste Mann von Deutschland. Dann einförmige (öfters wiederholend): „Ja, Karl ist ein schöner Offizier, der ist roter Husar.“ Gedächtnis nimmt ab, Bewegungen werden unsicher. Patient wird unsauber und schmutzig. Bald nach der Aufnahme stark Unruhe. Schläft schlecht, schwatzt und schimpft Tag und Nacht. Läuft viel umher, wirft seine Betten durcheinander. Erregungszustand hält ununterbrochen an. — 3. März 1905. Krampfanfälle bis zum Tode 4. März 1906. — Obduktion. Leptomeningitis chronica, Ependymitis granulosa, Hydrocephalus internus. Konsistenz des Gehirns vermehrt. Gehirn- und Rückenmarkszeichnung makroskopisch regelrecht. Basalgefäße verdickt und rigide. Coronargefäße gefleckt (Patient 39 Jahre alt!). An der rechten Stimmlippe linsengroßes Geschwür. usw. —

Leider liegt ein fortlaufender Nervenstatus in unserm Falle nicht vor. Patient wechselte zudem vor seiner Aufnahme in die Anstalt mehrmals die behandelnden Ärzte, so daß die Berichte auch der Einheitlichkeit entbehren. In der Anstalt selbst vereitelte der Zustand des Kranken eine genauere fortlaufende Untersuchung.

Fassen wir das wesentlichste noch einmal zusammen, so ergibt sich zunächst unzweifelhaft, daß X. an progressiver Paralyse litt und daran gestorben ist. Übereinstimmend wird ferner von allen behandelnden Ärzten die dem Unfalle folgende Krankheit als „traumatische Neurose“ bezeichnet. Auch die vorliegenden Berichte lassen zu keiner andern Auffassung des Leidens kommen. Was zudem die Gehstörung anbelangt, die ununterbrochen mit nur einiger und wahrscheinlich vorübergehender Besserung nach 5jährigem Bestande bis zum Ausbruch der Paralyse anhielt, so beweist schon der Verlauf bzw. das völlige, schnelle Verschwinden nach fast 6jähriger Dauer, daß ihr die organische Grundlage gefehlt haben muß. Überhaupt spricht die ganze Art des Unfalles gegen eine zum mindesten schwerere Läsion des Zentralnervensystems; Patient ist zwischen die Bänke gefallen, hat wieder Platz genommen, ist noch kurze Zeit auf der Bank sitzend gefahren, hat den Zug ohne jede fremde Hilfe verlassen, sich in das Stationsgebäude begeben und dort niedergesetzt. Erst von dem Augenblick an, wo der Patient der Beobachtung unterworfen wird, beginnen die Erscheinungen, die mit einem Male einen so überaus schweren Charakter angenommen haben. Mögen auch Kontusionen nicht gefehlt haben, jedenfalls ist ausschließlich das psychische Trauma das ursächliche Moment der nachfolgenden „Schreckneurose“.

Man wird sich aber immerhin noch die Frage vorlegen müssen, ob diese Neurose nicht ebenso schon der Ausdruck der paralytischen Erkrankung gewesen ist, wie etwa eine der Paralyse vorausgehende Neurasthenie, so daß also ein einheitliches Leiden und keine Kombination hier vorläge. Einzelne Fälle von Paralyse, die durch ein psychisches Trauma ausgelöst sein sollen, sind ja beschrieben worden. Eine solche Rolle scheint aber das (einmalige) psychische Trauma, wenn überhaupt, so doch nur in ganz geringem Grade zu spielen. Denn bei der großen Zahl der

nach einem psychischen Trauma beobachteten Unfalls-erkrankungen müßte ein solches Vorkommnis entschieden häufiger sein, zumal die *condicio s. q. n.*, die Lues, nicht eben oft fehlen dürfte. In unserem Falle scheinen mir aber außerdem gegen diesen Zusammenhang schon das plötzliche Einsetzen der Symptome, der Grad und die lange Dauer, sowie das schnelle Verschwinden der Motilitätsstörungen zu sprechen. Dazu kommt dann noch der ganze Krankheitsverlauf, der dagegen spricht.

Setzen wir den Anfang der Paralyse wirklich in die Zeit des Unfalles, dann würde die Krankheit bis zum Tode $8\frac{1}{2}$ Jahre gedauert haben. Das wäre eine ungewöhnlich lange Zeit. Freilich kommen gelegentlich solche Fälle zur Beobachtung; aber dann tragen doch zu dieser Dauer zwei bestimmte Faktoren bei, nämlich die Remissionen und ein ausgedehntes Stadium des Siechtums. Von einer Remission kann man hier nicht sprechen. Vom Jahre 1902 an hat das Leiden seinen deutlich progressiven Charakter. Vorher blieben die Symptome in der Hauptsache stationär. Tritt auch im Laufe der Jahre, besonders nach einer Badereise, eine leichte Besserung ein, so kann doch von einem wirklichen Nachlaß der Krankheit nicht die Rede sein. Aber auch ein Stadium ausgesprochenen Siechtums fehlt. Wir wissen, daß ein solches Stadium, in dem die Patienten nur noch „vegetieren“, sich oft über sehr lange Zeit erstrecken kann. Unser Patient war allerdings wohl infolge seines hartnäckigen, jeder Behandlung trotzensen Erregungszustandes zu einem solchen Grade der Erschöpfung gelangt, daß eine Erholung nicht mehr möglich war, der paralytische Prozeß hatte einen solchen Verlauf genommen, daß selbst eine Weiterexistenz unter den Bedingungen eines hochgradigen Marasmus ausgeschlossen war. Damit war aber auch gleichzeitig die Krankheitsdauer im vorliegenden Falle beschränkter, als in anderen mehr schleichend verlaufenden Fällen.

Gerade darum müßte es auffallen, daß eine Paralyse $8\frac{1}{2}$ Jahre lang hätte bestehen können. Schon wenn es sich um einen Patienten handelte, dem gleich nach Ausbruch der Krankheit alle erdenkliche Pflege zuteil geworden wäre, würde das nicht recht erklärlich sein. Hier vollends würde meines Erachtens eine solche Annahme in gradem Widerspruche zu dem stehen.

Was wir über den Charakter und die Prognose des paralytischen Prozesses wissen. Man würde annehmen müssen, daß eine Analyse, die bisher noch keine klinischen Erscheinungen machte, plötzlich durch ein psychisches Trauma unter den schwersten Erscheinungen zutage tritt und weiterhin 6 Jahre lang ohne jede Regression verläuft, trotzdem in der Folge schwere gemüthliche Depression und langjähriger Ärger den Patienten heimsuchen. Das ist aber ganz unwahrscheinlich. Vielmehr ist die durch das klinische Bild gegebene Erklärung die folgende: Durch den Unfall hat sich Patient eine traumatische Neurose zugezogen; durch die gemüthlichen Erregungen infolge der Krankheit und den Ärger über die Geldfrage kommt es zur Entstehung einer progressiven Paralyse bei einem in seiner Widerstandsfähigkeit durch die Neurose — über Lues ist nichts bekannt — herabgesetzten Nervensystem.

Somit läßt sich meines Erachtens der vorliegende Fall nur als eine durch hinzutretende Paralyse kombinierte „Schreckneurose“ auffassen. Es fragt sich nun, und damit gewinnen die kombinierten Psychosen unser Interesse, in welcher Weise wird jede einzelne Krankheit durch die andere modifiziert? Hierauf läßt sich schon von vornherein auf Grund theoretischer Erwägungen antworten, daß vermutlich die Paralyse bei ihrem hervorragend zerstörenden Charakter sehr bald alle der vorausgegangenen Krankheit angehörigen Symptome verwischen und dem Leiden ihren speziellen Charakter aufdrücken wird. Dagegen wird die Zeit des Überganges, also des Beginns der Paralyse, die wichtigsten Aufklärungen erwarten lassen. Leider versagt gerade hier die mir zur Verfügung stehende Anamnese. Wir sind daher auf Vergleiche von Befunden aus verschiedenen Zeiträumen angewiesen. Doch entbehren auch diese nicht interessanter Feststellungen.

Auf zweierlei hätten wir unsere Aufmerksamkeit zu richten, auf die Sensibilitäts- und Gehstörung. Zu Beginn der Erkrankung fällt die starke Schmerzempfindlichkeit am Rumpf und die Schmerzlosigkeit an den Gliedern auf. Bei der ersten Untersuchung des Patienten in der Anstalt wurde eine gleichmäßig verbreitete Empfindlichkeitssteigerung festgestellt, später war die Schmerzempfindlichkeit deutlich herabgesetzt. Bei einem Paralytiker

muß diese anfänglich hier beobachtete Hyperästhesie auffallen: ich bin geneigt, sie als Residuum der vorausgegangenen Neurose aufzufassen, gebe aber zu, daß ein Beweis hierfür nicht erbracht werden kann. Eigenartig ist ferner noch, daß die ursprüngliche Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit an den Gliedern nicht mehr besteht. Diese Erscheinung ließe sich ebenso deuten, wie der Wegfall der Gehstörung. Ich will indessen hierauf nicht weiter eingehen, da ich nicht umhin kann, auf folgendes hinzuweisen. Einerseits ist die Anamnese in bezug auf die Sensibilitätsstörungen, namentlich in späterer Zeit zu lückenhaft. Dann aber war bei der Aufnahme X.s über die Neurose weiter nichts bekannt, als die Tatsache ihres Eintritts nach einem Unfall und ihre Dauer. Erst viel später bei Abfassung eines Gutachtens wurde das oben angeführte Material bekannt. Wurde Patient in der Anstalt auch in üblicher Weise genau und allseitig untersucht, so war doch die Aufmerksamkeit nicht gerade auf diese früher beobachtete Sensibilitätsstörung gelenkt. Ich zweifle nicht daran, daß ein Unterschied in der Sensibilität des Rumpfes und der Glieder, besonders bei der gesteigerten Schmerzempfindlichkeit, sicher aufgefallen und vermerkt worden wäre, will aber doch diesen Punkt auf sich beruhen lassen.

Etwas genauer sind wir über die Gehstörung X.s unterrichtet. Ob wirklich nur das rechte Bein gebrauchsunfähig gewesen ist, wie es nach einigen Angaben der Anamnese scheinen könnte, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls bestand eine hochgradige Gehstörung, die sich zwar im Laufe der Jahre, besonders nach einer Badereise, um etwas gebessert hatte, doch war Patient bis zum Ausbruch der Paralyse davon noch nicht wieder geheilt. Leider sind die anamnестischen Angaben hierüber auch nur allgemeiner Natur. Wir müssen uns deswegen mit der Feststellung begnügen, daß die ungefähr 6 Jahre lang bestehende, durch einen Unfall herbeigeführte Gehstörung mit dem Ausbruch der Paralyse ganz verschwunden ist. Denn bei der Aufnahme X.s in die Anstalt November 1902 war von irgend einer Behinderung des Ganges keine Rede mehr. Juni 1901 war durch eine Badereise eine Besserung aber keine Heilung des in seiner Bewegung gestörten rechten Beines herbeigeführt worden.

Jedenfalls war also die Gehstörung zur Zeit des Auftretens der Paralyse verschwunden. Aus der Tatsache, daß diese Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit der Beine oder des rechten Beines trotz des langen Bestehens so vollständig und innerhalb so kurzer Zeit erfolgt, ergibt sich unbedingt, daß der Gehstörung organische Veränderungen im gewöhnlichen Sinne nicht zugrunde gelegen haben könne. Die Gehstörung war in unserem Falle, wie sich schon aus der Ursache, einem psychischen Trauma, schließen läßt, psychisch bedingt, psychogen, ein für die Lehre von den somatischen Neurosen überhaupt wichtiges Resultat. Die vielerörterten beobachteten Gehstörungen bei X. unterschieden sich in nichts von den im allgemeinen bei vorgeschrittener Paralyse vorkommenden, wie überhaupt die Paralyse abgesehen vielleicht von der anfänglichen Hyperästhesie keine ihr fremden Züge zeigte.

Das Verschwinden der psychogenen Symptome beim Ausbruch der Paralyse überrascht nicht, wenn man einerseits die Natur der funktionellen Störungen und andererseits den Charakter des analytischen Prozesses erwägt. Freilich ist eine Erklärung über das Wesen dieses Verlaufes so lange unmöglich, als wir einen genaueren Einblick in die funktionellen Störungen nicht gewonnen haben. Wir müssen uns deswegen mit der tatsächlichen Feststellung begnügen und bedauern nur, daß eine genauere Namentlich für die Zeit fehlt, die dem Ausbruch der Paralyse kurz vorher ging.

Die Gefährdung der Nachkommenschaft durch Psychosen, Neurosen und verwandte Zustände der Aszendenz.

Von

Dr. Tigges, Düsseldorf.

Wenn man eine genauere Kenntnis von den Familien, in denen Geisteskranke vorkommen, haben will, so muß man die Gesamtzahl der in denselben vorkommenden Geisteskranken inklusive der nicht in Anstalten aufgenommenen, feststellen, ebenso die Zahl der Gesundgebliebenen und früh Verstorbenen. In folgender Tabelle (S. 449) geben die beiden ersten Angaben die Kinder der in den Schweizer Anstalten 1892 und in Sachsenberg 1876—77 Aufgenommenen (nach Schweizer Statistik. 99. Lieferung; *Laehrs* Zeitschrift, 35. Band). Auf 100 Ehen (Verheiratete und Verwitwete und Geschiedene) kommen in den Schweizer Anstalten (letzte Zeile) 5,9 psychisch Abnorme. in Sachsenberg 9,5. In letzterer Anstalt liefert die aufsteigende Erblichkeit 18,6 % Geisteskranke, die gleichstehende gar keine. die Nichterblichkeit (nichterblich gilt hier natürlich von den Aufgenommenen, den Eltern, nicht von den Kindern) 5,7. Für die Schweizer Anstalten liegt für die Erblichen usw. die Zahl der Ehen nicht vor. Die Berechnung geschah nach den Aufnahmen. Da von diesen die Ledigen etwa die Hälfte ausmachen (49,5 %), so muß man, um den wirklichen Verhältnissen gerecht zu werden, die berechnete Zahl verdoppeln, wie auch der Vergleich der letzten Zeile der Schweizer Anstalten (Berechnung der Summe nach den Ehen), mit der vorletzten (nach den Aufnahmen) bestätigt. Die Zahlen der Schweizer Anstalten stimmen

cht mit denen von Sachsenberg überein, die Nichterblichen fern höhere Ziffern als die Erbliehen usw. Da jedoch die schweizer Resultate den übrigen (auch den nachfolgenden) widersprechen, so werden sie wohl in zufälligen Umständen gegründet sein.

**Kinder der aufgenommenen Geisteskranken
resp. der Eltern der Aufgenommenen**

	Abteilung I			Abteilung II				Abteilung III				
	Zahl der Ehen	Zahl der Ehen ohne Kinder	Zahl der Aufnahmen	Kinder				Auf 100 Ehen (Gesamtzahl) kommen Kinder				
				Gesamt- zahl	bis 15 Jahr verstorben	lebende gesund	lebende krank	Ges.- zahl	— 15 J. verst.	ge- sund	geist.- krank	
Schweizer Anstalten I	Kinder der Aufgenommenen											0/0
Aufsteigende Erblichkeit	—	—	920	—	—	—	24	—	—	—	2,6	
Gleichstehende Erbl.	—	—	198	—	—	—	7	—	—	—	3,5	
Summe der Erblichk.	—	—	1118	—	—	—	31	—	—	—	2,8	
Nichterblich	—	—	858	—	—	—	26	—	—	—	3,0	
Summe...	—	—	1976	—	—	—	57	—	—	—	2,9	
Sachsenberg I ¹⁾	973	229	240/0	2948	763	2128	57	303	78	225	5,9	
Aufsteigende Erblich.	43	3	—	138	19	103	8	321	44	240	18,6	
Gleichstehende Erbl.	13	2	—	45	6	34	—	346	46	262	—	
Nichterblich	70	11	—	188	15	136	4	268	21	194	5,7	
Summe...	126	16	130/0	371	40	273	12	294	32	217	9,5	
Schweizer Anstalt. II	Kinder der Eltern der Aufgenommenen											
Aufsteigende Erblich.	920	—	—	—	—	—	1219	—	—	—	134	
Gleichstehende Erbl.	198	—	—	—	—	—	—	—	—	—	200	
Nichterblich	858	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	
Summe...	1976	—	—	—	—	—	2375	—	—	—	120	
Sachsenberg II	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Aufsteigende Erblich.	82	—	—	411	19	237	100	501	23	277	122	
Gleichstehende Erbl.	20	—	—	75	2	24	37	375	10	120	185	
Nichterblich	88	—	—	385	20	231	88	437	22	262	100	
Summe...	190	—	—	871	41	492	225	458	21	259	118	

Die gewonnenen Resultate müssen bedeutend unter dem wirklichen Maße bleiben, weil (in Sachsenberg und auch

¹⁾ *Lachrs* Zeitschrift Bd. 35.

anderson) die Kinder der Aufgenommenen noch in kindliche oder jugendlichem Alter stehen. Ein Drittel bis zur Hälfte d Kinder waren unter 15 Jahren, keins über 40 Jahre.

Die letzte Zeile beider Angaben gibt für 100 Ehen an die Zahlen für die übrigen Kategorien der Kinder an. Die Zahlen von Sachsenberg bleiben überall, mit Ausnahme d Erkrankten, hinter denen der Schweizer Anstalten zurück. Die Gesamtzahl der Kinder beträgt beiderseits etwa 300 a 100 Ehen.

In Sachsenberg haben die Nichterblichen geringere Zahl als die Erbliehen, die früh Gestorbenen erreichen nicht d Hälfte der Erbliehen.

Bezüglich des Kinderreichtums der gewöhnlichen Ehen i zu bemerken, daß (nach Preußischen Jahrbüchern 1906 S. 8 als günstig gilt eine mittlere Fruchtbarkeit von 4,5 Kindern a eine Ehe, Irland hat 5, Frankreich am Ende des 19. Jah hundreds 2,6.

Die beiden folgenden Abteilungen enthalten die Aufnahme und deren erkrankte usw. Geschwister. Hier gibt es so viel Ehen, als Aufnahmen. Daß zuweilen auch Geschwister zusammen aufgenommen worden, ändert das Resultat im ganzen wenig. Auf 100 Aufnahmen gleichstehender Erbliehen (= 100 Ehe gehören zum wenigsten 200 erkrankte Kinder. Die Schweizer Anstalten bringen bei der Detailauführung diese Zahl. Die Ziffer von Sachsenberg ist geringer, weil einige gestorben sind. Bei Nichterblichen kommen auf 100 Ehen 100 erkrankte Kinder. Mehr können hier nicht vorkommen, weil die Aufnahmen sonst in eine andere Kategorie kommen würden.

Die Zahl der erkrankten Kinder bei den Eltern der Aufgenommenen ist bei den Schweizer Anstalten II und bei Sachsenberg II ziemlich gleich (120—118), bei den Erbliehen größer als bei den Nichterblichen. In Sachsenberg II beträgt die Gesamtzahl der Kinder 458, also wie natürlich, namhaft mehr als bei den Kindern der Aufnahmen. Hier ist die Gesamtzahl der Kinder und die der Erkrankten bei den Erbliehen größer als die der Gesundgebliebenen kleiner, die der Gestorbenen ziemlich dieselbe wie bei den Nichterblichen.

J. Koller (Archiv für Psychiatrie, 27. Band) hat bei Gruppen von Aufnahmen (in Zürich) die Zahl der erkrankten Geschwister festgestellt. Sie fand bei 370 Aufnahmen 135 erkrankte Geschwister, bei 1850 Aufnahmen 744 erkrankte Geschwister. Dies macht auf 100 Ehen, aus denen die Aufgenommenen stammen, bei den 370 Aufnahmen 136, bei den 1850 Aufnahmen 40 erkrankte Kinder.

Koch (Zählung der Geisteskranken in Württemberg 1878 . 158 und 155) bringt Zahlen über die Geschwister der Geheilten. Er hat keine Rubrik für gleichstehende Erbliche. Es stehen demnach aszendierend Belastete den andern (gleichstehende Erbliche, nicht Belastete, Zweifelhafte) gegenüber. Seine Zahlen sind:

	Zahl der Gezählten	darunter kranke Geschwister	Zahl der Ehen
Aszendierte Erbliche	2613	869	1744
Nichtaszendierte Erbliche	5145	734	4411

Aus diesen Zahlen und den ebenso gruppierten von den Schweizer Anstalten II, Sachsenberg und *Koller* ergibt sich folgende Zusammenstellung:

	Aszendierend		
	belastet	nicht belastet	Summe
<i>Koch</i> Zählung	150	117	126
Schweizer Anstalt II	134	109	120
Sachsenberg II	122	116	118
<i>Koller</i>	—	—	136—140

Die Zahl der erkrankten Kinder bei 100 Ehen schwankt daher zwischen 118 und 140. Die Zahl ist bei aszendierten Erblichen ausnahmslos größer, in Sachsenberg um 6%, den Schweizer Anstalten um 25%, bei den in Württemberg Gezählten um 33%.

Nach *Marandon de Montyel* (*Graßmann*, *Laehrs* Zeitschrift 52. Band S. 1002) zeigen die erblich belasteten Familien häufig Unfruchtbarkeit der Ehen, dagegen erhöhte Fruchtbarkeit der fruchtbaren Ehen und eine erhöhte Sterblichkeit des ersten Kindesalters. Nach Sachsenberg I ist der Prozentsatz für unfruchtbare Ehen bei den Erblichen 9%, bei den Nichterblichen 16%, also

Marandon entgegengesetzt. Ferner überwiegen in Sachsenberg I die Erblichen über die Nichterblichen in allen Kategorien, auch bei den Todesfällen, in Sachsenberg II nur in der Gesamtzahl der Fälle, während die der früh Verstorbenen gleich ist. Es ist wahrscheinlich, daß in letzterem Punkt die Nachrichten ungenau sind, da für die erwachsenen Aufgenommenen die betreffende Zeit weit zurückliegt.

Auch *Sioli* (nach *Graßmann* a. a. O. S. 1002) fand bei 20 belasteten Familien sehr erhebliche Kinderzahlen.

Die Resultate der vorstehenden Untersuchungen lassen sich in folgendem zusammenfassen:

Auf 100 Ehen, aus denen die in Anstalten Aufgenommenen und deren Geschwister stammen, kommen 118—140 geistes- kranke Kinder, bei der Zählung in Württemberg 126. Bei den Kindern der Aufgenommenen liegen viel geringere Zahlen vor, schon wegen ihres kindlichen respektive jugendlichen Lebens- alters. Die erblich Belasteten haben eine höhere Zahl von erkrankten Kindern, als die nicht erblichen.

Mehrfach ist eine erhebliche Kinderzahl bei den erblich Belasteten festgestellt. In Sachsenberg war auch die Zahl der Gesundgebliebenen und der früh gestorbenen Kinder größer. Von diesen Regeln finden sich einige Ausnahmen, die wahrscheinlich durch die kleinen Zahlen bedingt sind. — Bei den Ehen der Aufnahmen in Sachsenberg ist die Zahl der unfruchtbaren Ehen bei den Erblichen geringer, als bei den Nichterblichen (entgegen *Marandon*).

Die Gesamtzahl der Kinder bei den Ehen der Aufgenommenen beträgt in den Schweizer Anstalten und in Sachsenberg auf 100 Ehen etwa 300 Kinder. Bei den Ehen der Eltern der Aufnahmen kamen in Sachsenberg auf 100 Ehen 458 Kinder. Auch die Zahl der Gesundgebliebenen (259) ist höher, als bei den Kindern der Aufnahmen.

Die folgenden Angaben betreffen nur Kinder von Eltern mit einer bestimmten Form von psychischer respektive nervöser Ab- normität. *El. Fitschen* (nach *Näcke*, Neurol. Zentralblatt 1900, S. 148) behandelt die Kinder von an periodischer Seelenstörung Erkrankten. Die Krankengeschichten beruhen auf jahrelanger

beobachtung. Von den 26 Fällen mit bekannter Nachkommenschaft (untenstehende Tabelle) zeigten nur 6 Ehen psychische oder erworbene Abnormitäten bei den Kindern, und dabei fast vollständiges Fehlen angeborener Störungen. Die 26 Fälle sind in der Tabelle in 2 verschiedener Weise rubriziert worden. In Gruppe B enthält die letzte Zeile 5 Ehen ohne erbliche Belastung. Hier ist nur ein abnormes Kind vorhanden, eine hysterische Tochter, und außerdem 13 normale Kinder, in einer Ehe auch noch 13 normale Enkel.

<i>El. Fitschen</i> Periodische	Abt. I	Lebende Kinder		Auf 100 Ehen kommen Kinder		
	Zahl der Ehen	gesund	krank	Gesamtzahl	gesund	krank
A. Aszendierende Erblichkeit . . .	17	38	12	294	223	71
Gleichstehende Erblichkeit . . .	4	8	1	225	200	25
Nichterblich	5	13	1	280	260	20
Summe	26	59	14	280	226	54
B. Stark belastet	8	18	9	} 281	228	112
Wenig belastet	13	28	4		219	31
Nicht belastet	5	13	1		260	20

Die 2. Gruppe enthält 13 Ehen mit schwacher Belastung, entweder in indirekter Linie, oder bei Geschwistern, oder es ist nur Vater oder Mutter geisteskrank. Unter diesen 13 Ehen sind 2 mit abnormen Kindern. Bei einer Frau sind entfernte Verwandte abnorm. Sie hat 2 Söhne von 26 und 23 Jahren von zwerghaftem Wuchs und geistig schwach, 1 Tochter von 20 Jahren, geistig beschränkt, 1 Sohn von 7 Jahren zwerghaft, geistig normal. Hier liegen also bei 4 Kindern einer Ehe 3mal geistige Abnormitäten (1mal, wie es scheint, nur geringen Grades) vor und 3mal allgemein trophische Störungen. Es müssen also besondere erbliche Einflüsse zur Geltung gekommen sein. Der 2. Fall betrifft eine Frau, deren Mutter melancholisch war. Sie hat 4 normale Söhne und 1 Tochter, die alles schwer nahm und mit 37 Jahren starb. Die übrigen 11 Ehen haben 23 normale Kinder, eine noch normale Enkel. Diese 2. Gruppe

mit schwacher erblicher Belastung zeigt demnach, wenn man an den 1. Fall die angemessene Kritik anlegt, sowohl was die Ausdehnung, als die Intensität der Erkrankung der Deszendenz betrifft, keinen besonders ungünstigen Einfluß. Die 3. Gruppe von 8 Fällen zeigt schwerere Belastung, entweder Erbllichkeit von beiden Seiten, oder außer erkranktem Vater oder Mutter noch erkrankte Geschwister, oder schwere Krankheitsformen der Belastenden. 3 von diesen 8 Ehen haben abnorme Kinder. Bei diesen 3 Ehen waren in der Aszendenz oder bei Geschwistern außer Geisteskrankheit vorhanden: Epilepsie, Epilepsie mit Schwachsinn, Trunksucht, auffallender Charakter. in der Descendenz in 1 Ehe 1 mal Taubstummheit bei 3 normalen Töchtern, in den beiden andern Ehen nur abnorme Kinder, außer Geisteskrankheit: Trunksucht, Epilepsie, Hysterie, auffallender Charakter. Die übrigen 5 Ehen hatten 18 normale Kinder, darunter eine 2 von 10 und 11 Jahren.

Nach der letzten Kolonne der Tabelle Seite 453 haben in Gruppe B die nichtbelasteten Periodischen auf 100 Ehen 20 abnorme Kinder, die wenig belasteten 31. Dies ist mehr als bei den Aufnahmen in den Schweizer Anstalten und Sachsenberg wo die Nichtbelasteten auf 100 Ehen etwa 6 Erkrankte stellen. Jedoch ist zu erwägen, daß *Fitschen* ihre Kranken jahrelang verfolgt hat. In einem Fall ist auch von 13 normalen Enkeln die Rede, so daß die Nachkommen im Lebensalter zum Teil schon mehr vorgerückt gewesen sein müssen. Ferner darf man aus so kleinen Zahlen (bei Nichtbelasteten handelt es sich nur um 1 abnormes Kind) nicht zu viel folgern. Man wird daher nicht folgern dürfen, daß die Nachkommen der nicht und wenig belasteten Periodischen mehr Erkrankte haben, als die entsprechenden Kategorien der aufgenommenen Geisteskranken im allgemeinen. Aber auch bei schwerer Belastung haben noch 5 von 8 Ehen normale Kinder. Die schweren Folgen bei den 9 Nachkommen der drei anderen Ehen wird man daher auf die besonderen Zustände der Aszendenz beziehen müssen. Es lagen hier bei Aszendenz und Descendenz außer Geisteskrankheit Epilepsie, Epilepsie mit Schwachsinn, Hysterie, Trunksucht, auffallender Charakter. 1 mal bei der Descendenz Taubstummheit vor. Die Gesamtzahl

er Kinder ist niedriger als bei den Kindern der aufgenommenen Geisteskranken im allgemeinen, weil die Gestorbenen fehlen, sie ist bei Erblichen und Nichterblichen gleich. Die Zahl der Gesundgebliebenen ist ungefähr dieselbe, wie bei den Geisteskranken, sie ist bei den Nichterblichen größer, vielleicht wegen der kleinen Zahlen. Die Erblichen, besonders die aufsteigenden erblichen, stellten mehr Kranke als die Nichterblichen.

In der Literatur ist eine Reihe von Stammbäumen von gehäuften, auf mehrere Generationen sich erstreckenden Vererbungsfällen mitgeteilt. Der folgende von Kölpin (*Laehrs Zeitschrift* 60. Band S. 454) hat eine Reihe periodischer Fälle. In der I. Generation war der Mann jähzornig, sein Bruder litt an vorübergehender Manie. Die Frau war nervös zur Schwermut eigend. In der II. und III. Generation ist von 4 gesunden und 11 Geisteskranken Personen die Rede. Die Krankheitsform war immer manisch-depressives Irrsein. In 5 Fällen der II. Generation lag periodisches Irrsein vor, 2 mal chronische Manie seit 20 Jahren, dabei einmal eine normale Zwischenzeit von 20 Jahren. Der früheste Zeitpunkt der Erkrankung war das 15., das späteste das 24. Lebensjahr. Niemals kam *Dem. praecox*, nie wirkliche Verblödung vor. Als Ursache der schweren Vererbung ist man an die dauernden Temperaments- und Stimmungsanomalien beider Eltern (also konstitutionelle Zustände = auffallende Charaktere der Tabelle) nebst der Manie des Vaterbruders gewiesen.

Eine Reihe von Stammbäumen von gehäufte Vererbung in mehreren Generationen bietet eine innige Verschmelzung von Geisteskrankheit und moralischen Defekten dar.

Delbrück (*Laehrs Zeitschrift*, 62. Band S. 231) hat einen sehr umfangreichen und zuverlässigen Stammbaum aus der Schweiz genauer studiert. Während zwei größere Zweige der bis ins 15. Jahrhundert zu verfolgenden Familie nur unbescholtene, aber vielfach an Geisteskrankheit erkrankte Leute aufwies, fanden sich in dem dritten nur 2—3 unbescholtene Personen neben mehreren 100 von Bettlern, Vagabunden, Dieben, Trinkern und einigen Mördern. Besonders auffällig war dabei, daß sich die moralischen Defekte kumulierten, sobald die Belastung von beiden Eltern in

Betracht kam. — Hier sind demnach neben Geisteskrankheiten dauernde Degenerationen der Gemütsseite, moralische Defekte vorhanden.

Aus der neuesten Zeit liegt ein Fall von *Jörger (Chur)* vor, den ich nach der Gegenwart 1906 Nr. 4 berichte. 1639 wurde Andreas Zero geboren. Er und sein Sohn Ernst heirateten Frauen aus der Familie Lauter. Von Andreas und Ernst Zero wird nichts Abnormes berichtet. Bei der Familie Lauter wurde festgestellt, daß 1713 eine Frau geisteskrank war und an Selbstmord starb. In einem Zweig desselben Geschlechts waren 2 Schwestern und 3 Brüder entweder geisteskrank oder hochgradig abnorm. Die Kinder eines der Brüder waren auffallend, eine Tochter zugleich schwerhörig, ferner war 1 stummes, 1 schwachsinniges, 1 idiotisches, 1 geisteskrankes Kind vorhanden. Diese Familie Lauter scheint also die abnorme Disposition in die Familie Zero gebracht zu haben. Während nun der älteste Sohn des Andreas Zero und der jüngste des Ernst Zero (aus einer 2. Ehe) die Stammväter blühender Familien mit 76 bis 90 Mitgliedern geworden sind, ist der Sohn des Ernst Zero aus 1. Ehe (Lauter) Paul Alexius der Stammvater der Abnormen. Er selbst vagabundierte mit seiner Frau umher. Dieses Ehepaar hatte 6 Söhne und 1 Tochter. Von diesen 7 Kindern stammen über 200 Vagabunden, Säufer, Diebe, Dirnen, Idioten, Imbezille, Bettler, Mörder, Kindesmörderinnen, Blutschänder, eine Reihe Geisteskranker, Epileptiker, Selbstmörder, 1 Paralytiker, viele schielende Kinder, in 1 Familie 8. Wiederholt heirateten Schwachsinnige, zum Teil mit dem Erfolg großer Kinderzahl. Diese ist überhaupt vielfach groß, jedoch auch die Sterblichkeitsziffer.

Zu einer Zeit wurden Kinder der Zeros in Familienpflege gegeben, ohne allen Erfolg, während dieser bei Kindern aus anderen Familien desselben Orts günstig war. Wo im Stammbaum der Zeros gute und ordentliche Menschen auftraten, ist immer eine gute Mutter nachweisbar. — Hier lagen in den Familien der Stammütter Gemütsabnormitäten (auffallender Charakter), Geisteskrankheiten, Schwachsinn, Idiotie, Schwerhörigkeit, Stummheit vor. Bei den Deszendenten traten in hohem Grade moralische Mängel zutage, zum großen Teil mit verbrecherischem Charakter. Zugleich

kommen viele Schwachsinnige, ferner Idioten, Geisteskranke, epileptiker, Selbstmörder, viele schielende Kinder vor.

	I. Abt.	II. Abteilung				III. Abteilung			
	Zahl der Ehen	Kinder				Auf 100 Ehen komm. Kind.			
		Ges.- Zahl	Früh verst.	gesund	krank oder abnorm	Ges.- Zahl	ge- storb.	gesund	krank
<i>Echeverria:</i>									
Epileptiker.....	136	533	195	260	78 epil.	392	143	184	57
<i>Scholtens:</i>									
Paralytiker ohne Erbl.	23	137	26	75	36	596	113	326	157
<i>Bourneville:</i>									
Metall-, Quecksilber- usw. Arbeiter	87	420	220	119	81	483	253	137	93
<i>Demme:</i>									
franksüchtige Ehen..	10	57	25	10	22	570	250	100	220
Mäßige Ehen.....	10	61	5	50	5	610	50	500	60

Die vorstehende Tabelle bringt in der ersten Zeile die Epileptiker von *Echeverria* (*Graßmann*, a. a. O. S. 995). Von den 195 früh Verstorbenen wird gesagt: in der Jugend an Konvulsionen gestorben. Die Gesamtzahl der Kinder auf 100 Ehen (392) ist größer, als die der in Anstalten aufgenommenen Geisteskranken (300). Die Zahl der Gestorbenen (143) ist die größte von allen bisherigen Angaben, die der Gesundgebliebenen (184) die kleinste, die der an Epilepsie Erkrankten (57) entspricht nahe den geisteskranken Kindern der in Anstalten aufgenommenen Periodischen (54).

Die folgende Zeile der obigen Tabelle enthält (nach *Laehrs* Zeitschr. 57. Bd., Lit.-H. S. 201) Angaben von *Scholtens* über die Kinder von 23 Ehen von nicht erblich belasteten Paralytikern. Geboren wurden nach Ausbruch der Krankheit des Vaters 6 Kinder, von denen 1 nach vier Wochen an Krämpfen starb, die andern nervös oder abnorm, 1 schwachsinnig war. — Innerhalb zehn Jahren vor Deutlichwerden der Paralyse wurden 49 Kinder geboren, von denen 48,9% abnorm oder nervös waren. Die übrigen 88 Kinder (dies macht 143, gegen die angegebenen 137) waren zehn oder mehr Jahre vor Deutlichwerden der Paralyse des Vaters

geboren, von denen 13,6% abnorm waren. — Die Zahl der Kinder auf 100 Ehen ist hier in allen Kolonnen viel größer (mit Ausnahme der Gestorbenen bei den Kindern Epileptischer) als bei allen bisherigen Angaben.

Abgesehen von der Lues der Väter waren die Kinder jedenfalls auch durch die Geisteskrankheit der Väter erblich belastet. Interessant ist der Prozentsatz der abnormen Kinder, je nachdem die Geburt nach der Erkrankung des Vaters, vor derselben oder länger als zehn Jahre vorher erfolgten. Dies würde gegen die Resultate von *Sioli* sprechen (*Graßmann* a. a. O.), daß die Erkrankung der erbenden Deszendenten sich unabhängig von dem Umstande vollzieht, ob die Zeugung vor oder nach dem Sichtbarwerden der Erkrankung der Aszendenten erfolgt war. — Die im Laufe der Zeit zunehmende Schwere der Erkrankung bei den Kindern spricht gegen die Wirkung der etwa vorhandenen Syphilis der nicht erblich belasteten Väter, deren Bedeutung *Alzheimer* (*Laehrs Zeitschr.* 52. Bd. Lit.-H. S. 180) hervorgehoben hat. — *Näcke* (*Laehrs Zeitschrift* 58. Bd. S. 1015) fand auch bei den Kindern von Paralytikern allerhand psychische und nervöse Anomalien. (Ähnlich *Oebeke*.)

Die dritte Zeile der Tabelle S. 457 *Bourneville* (*Laehrs Zeitschrift* 60. Bd. Lit.-H. S. 153) ist deswegen mitgeteilt, weil bei den 87 Familien, in denen Vater oder Mutter oder beide in Beruf, wo Blei, Quecksilber usw. verarbeitet wurden, 81 Kinder idiotisch, epileptisch oder sonst nervenkrank waren. Die Zahlen der Kinder sind in betreff der früh Gestorbenen die größten, der Gesundgebliebenen die kleinsten bisherigen. Die Erkrankten folgen unmittelbar nach den Kindern der Paralytiker.

Eine besondere praktische Bedeutung hat die Trunksucht der Aszendenz. Nach den beiden letzten Zeilen der Tabelle S. 457 fand *Demme* bei je 10 trunksüchtigen und 10 mäßigen Ehen auf 100 Ehen: früh gestorben 250—50 Kinder, gesund geblieben 100—500, anormal 220—60. Die Gesamtzahl der Kinder bewegt sich um die der Paralytiker von *Schottens*. Die verhältnismäßig große Zahl von 60 unnormalen Kindern auf 100 mäßige Ehen ist sehr auffallend. Sie ist größer als die der in Anstalten aufgenommenen Geisteskranken, der Periodischen, Epileptischen. Auch wenn man

immt, daß der Begriff unnormale so genommen wurde, wie bei Irrenzählung im Kanton Zürich 1889: „Als geisteskrank wurde in jede Person angesehen, die vermöge ihrer geistigen Befähigung sich nicht selbst ernähren, die ihre Angelegenheiten nicht selbst besorgen konnte, wenn sie auch keine hervorragenden physischen Krankheits Symptome darbot“ (Grunau, Frequenz usw. preussischen I.-A. 1895, Halle), ist die Zahl noch so groß, daß sie nicht als Vergleichszahl des Vorkommens von Geisteskranken in gesunden Familien gelten kann. Die Höhe der Zahl ist abgesehen von der in der Schweiz ungewöhnlich hohen Sterblichkeitsziffer, wohl in zufälligen Umständen bei der kleinen Zahl beruhen.

Nach Koller und anderen Autoren kommen nach Trunksucht Aszendente bei den Deszendenten nächst dem Del. potat. epileptischen und angeborenen Störungen am häufigsten vor.

Deszendenten trunksüchtiger Eltern bieten mit Vorliebe die besten, auf anatomischer Läsion des Nervensystems beruhenden Erscheinungen psychischer Entartung dar.

Legrain (Laehrs Zeitschr. 59. Bd. Lit.-H. S. 278) sah die Familien von Trinkern oft in 3—4 Generationen vollständig versterben. Er berichtet weiter über 2 Familien in Rouen mit 1 Kindern, von denen keins mehr lebte. — In dem sehr alkoholisierten Dép. du Nord fanden von 0—1 Jahr 283,6 Todesfälle auf 1000 Todesfälle aller Altersstufen statt, im Gegensatz zu dem am wenigsten alkoholisierten Dép. du Gers mit 80,5 Todesfällen auf 1000—1 Jahr.

Beobachtungen, welche zum Teil die Anschaulichkeit von Trunksucht bestätigen, machte Sullivan (Laehrs Zeitschr. 57. Bd. Lit.-H. S. 254) an 100 weiblichen dem Trunke ergebenen Sträflingen. Die Sterblichkeit ihrer Kinder unter zwei Jahren war 2mal größer, als bei nüchternen Müttern derselben Familie. 3,6% der ersteren starben unter Konvulsionen, 4,1% der länger lebenden wurden epileptisch. Mit der längeren Dauer der Trunksucht nahm die Fortpflanzungsfähigkeit ab, es folgten defekte Kinder, Totgeburten, Aborte. Während der Trunkenheit der Mutter zeugte Kinder wurden ausnahmslos nur wenige Monate alt. Andere berichten, daß manche Kinder, die im Rauschzustand der

Eltern erzeugt wurden, idiotisch, epileptisch oder geisteskrank wurden.) — Längere, durch Gefängnishaft erzwungene Enthaltsamkeit der schwangeren Sträflinge *Sullivans* wirkt günstig auf die Lebensdauer und die spätere Entwicklung der betreffenden Kinder.

Bei den früheren Zuständen der Eltern hatte man es mit dauernden, angeborenen oder zum Teil erworbenen, der Persönlichkeit untrennbar anhaftenden Zuständen zu tun. Bei Trunksucht der Eltern tritt außerdem ein neues Element auf, welches schnell vorübergehen kann oder kürzere oder längere Zeit andauert, je nach der Dauer der verderblichen Gewohnheit. — Es handelt sich anscheinend nicht um Veränderungen des Nervensystems, sondern um solche der Keimdrüsen.

Einige Autoren berichten über Vererbung trunksüchtiger Neigungen von Aszendenten auf Deszendenten. *Sollier* fand (*Grafmann* a. a. O. S. 994) in 141 Fällen von Trunksucht 116 mal (= 78%) gleichartige Vererbung. *Mason* fand, daß bei 600 Trinkern die Väter in 168 Fällen (= 28%), andere Verwandte in 97 Fällen (= 16%) Trinker, daß weiter in 38 Fällen (= 6,3%) Vorfahren und Verwandte geisteskrank waren. — Was ist hier bei den Nachkommen trunksüchtiger Angehörigen Folge des Beispiels und der Gewohnheit bei ererbter Schwäche des Charakters?

Resultate: Trunksüchtige Eltern haben nach einer Reihe vorliegender Data hohe Kinderzahlen, aber eine große Sterblichkeit derselben in frühem Lebensalter. Letztere zeigt sich sowohl in einzelnen Familien, die öfter in einigen Generationen trotz hoher Kinderzahlen aussterben, als in ganzen Bevölkerungsbezirken. Die Zahl der gesund bleibenden Kinder ist verhältnismäßig gering, die der abnormen groß. Bei Frauen bringt andauernde Trunksucht eine Herabsetzung des Fortpflanzungsvermögens hervor, zuletzt defekte Kinder und Totgeburten, während erzwungene Enthaltsamkeit der Schwangeren günstig auf die Lebensdauer und spätere Entwicklung der Kinder einwirkte.

Bei der Trunksucht der Aszendenten hat man es bezüglich der Deszendenten in einem Teil der Fälle nicht mit dauernden Krankheiten der Persönlichkeit zu tun, welche sich als solche vererben, sondern anscheinend mit Veränderungen der

schüßeln, welche kürzere oder längere Zeit andauern und fruchtlos sein können, je nach Andauer der verderblichen Ge-
sundheit.

Einige Autoren bringen bei Kindern Trunksüchtiger hohe
Risiken für Del. pot., Idiotie und Epilepsie.

Die folgende Zusammenstellung bringt eine Übersicht der
Zahl und Art der Kinder (auf 100 Ehen) bei verschiedenen Gruppen
der Aszendenten.

	Gesamt- zahl	Früh- gestorben	gesund	krank
Schweizer Anstalten I } Geistes- {	303	78	229	5,9
Thurnberg I } kranke {	294	32	217	9,5
St. Gallen: Periodische	280	—	226	54
St. Gallen: Paralytiker	596	113	326	157
St. Gallen: Epileptiker	392	143	134	57
St. Gallen: Trunksüchtige Ehen....	570	250	100	220
Mäßige Ehen.....	610	50	500	60
Bourville: Metallarbeiter	483	253	137	93

Es ist natürlich, daß die in Anstalten Aufgenommenen, die
sich zum Teil noch im Alter voller Fruchtbarkeit befinden, eine
geringere Zahl von Kindern haben, als die früher mitgeteilte
Normalzahl von 450 auf 100 Ehen. Die andern Angaben, außer
der über Epileptiker, haben diese Zahl überschritten.

Die Gestorbenen der einzelnen Angaben sind teils solche,
die früh, teils solche, die bis zu 15 Jahren gestorben sind. Ihre
Feststellung scheint in einzelnen Zeilen am unsichersten zu sein. —
Kalmus (Laehrs Zeitschr. 62. Bd. S. 235) hat in seinen 174 Stamm-
listen betreffend Aufnahmen in die Lübecker Irrenanstalt in vier
Jahren die Erblichkeitsverhältnisse von 4396 Familienmitgliedern
in 4 Generationen festgestellt (Kinder, Eltern mit deren Geschwistern,
Großeltern mit deren Geschwistern, Urgroßeltern). Er unterscheidet
abnorme, geisteskrank und gesunde Familienmitglieder, die früh
gestorbenen fehlen. Seine Abnormen werden bei den Angaben
in Tabelle S. 449 u. ff. zum Teil wohl in „Kranke“ untergebracht,
zum Teil übergangen sein. Da K. die Familien in 4 Genera-
tionen verfolgt und alle geisteskranken usw. Familienglieder

notiert hat, müssen seine Zahlen größer sein, als in den Tabellen S. 449 usw. Ein direkter Vergleich ist ausgeschlossen, da nicht die direkten Zahlen, sondern nur die Prozentsätze bringbar sind. In der folgenden Zusammenstellung finden sich seine Prozentsätze mit den ebenso berechneten der früheren Tabellen.

Im ganzen kommen bei *Kalmus* (nachstehende Tabelle) 100 Familienstämme 2526 Familienmitglieder, während in den früheren Tabellen auf 100 Ehen 300—600 Familienmitglieder fallen. Die Prozentzahl der geisteskranken und abnormen Kinder bei Alkoholismus des Vaters und bei Paralyse der Eltern bei *Kalmus* ist größer als bei den Trunksüchtigen *Demmes* (56—31) und Paralytikern *Scholtens* (59—32,3). Alles dies erklärt sich aus dem Umstande, daß *Kalmus* 3mal die Vererbung von Eltern auf Kinder beobachtet hat, die Autoren von Tabelle 36 nur 1mal.

<i>Kalmus</i> : 174 Stammlisten	Prozentsätze von d. Summe d.				Gesamt
	Geisteskrank.	Abnorm.	Gstkr. und Abnr.	Gesunde	
Summe aller Familienmitglieder	16	14	30	70	43
Alkoholismus des Vaters	32	24	56	44	—
Paralyse der Eltern	23	36	59	41	—
Consanguine Ehen, belastet	40	25	65	35	—
Schweizer Anstalten I, Summe	—	—	2,6	97,4	218
Sachsenberg I, Summe	—	—	4,2	95,8	28
Sachsenberg II, Erbliche	—	—	34,4	65,6	38
Sachsenberg II, Summe	—	—	31,4	68,6	71
<i>Fitschen</i> , Periodische	—	—	19,2	80,8	7
<i>Echeverria</i> , Epileptiker	—	—	23	77	38
<i>Scholtens</i> , Paralyse ohne Erblichkeit ..	—	—	32,3	67,6	11
<i>Bourneville</i> , Metallarbeiter	—	—	40,5	59,5	24
<i>Demme</i> , Trunksüchtige Ehen	—	—	31,2	68,7	32
Mäßige Ehen	—	—	10,7	89,3	56

Auffallend ist, daß die konsanguinen Ehen, die zugleich erblich belastet sind, zwar für geisteskranken Kinder einen etwas höheren Satz stellen als bei Belastung beider Eltern ohne Konsanguinität.

¹⁾ Bei 10 Ehen.

ginität (40—38), aber namhaft weniger abnorme (25—38). Es waren nur 5 konsanguine Ehen vorhanden.

Die Resultate der vorstehenden Untersuchungen sind folgende:

Auf 100 Ehen, aus denen die in Anstalten aufgenommenen Geisteskranken und deren Geschwister stammen, kommen 118—140 geisteskranken Kinder, bei der Zählung in Württemberg 126. Bei den Kindern der in Irrenanstalten Aufgenommenen liegen viel geringere Zahlen (etwa 10 auf 100 Ehen) vor, schon wegen ihres kindlichen oder jugendlichen Lebensalters. Die erblich Belasteten haben eine höhere Zahl von erkrankten Kindern als die Nichterblichen.

Mehrfach ist eine erhebliche Kinderzahl bei den erblich Belasteten festgestellt. In Sachsenberg war auch die Zahl der Gesundgebliebenen und der früh Gestorbenen größer. — Von diesen Regeln finden sich einige Ausnahmen, wahrscheinlich durch die kleinen Zahlen bedingt.

Bei den Ehen der Aufnahmen in Sachsenberg ist die Zahl der unfruchtbaren Ehen bei den Erblichen geringer als bei den Nichterblichen (entgegen *Marandon*).

Die Gesamtzahl der Kinder bei den Ehen der Aufgenommenen betrug bei den schweizerischen Anstalten und in Sachsenberg auf 100 Ehen etwa 300 Kinder. Bei den Ehen der Eltern der Aufnahmen kamen in Sachsenberg auf 100 Ehen etwa 458 Kinder. (Als eine günstig normale Zahl gilt 450 Kinder.) Auch die Zahl der Gesundgebliebenen ist höher als bei den Kindern der Aufnahmen (259—217).

El. Fitschen hat bei 26 Ehen von periodischen Seelenstörungen mit bekannter Nachkommenschaft nur 6 Ehen (= 23 %) mit psychischen oder nervösen Abnormitäten bei den Kindern. Nur 3 von 8 Fällen mit schwerer Belastung (= 12 % aller Ehen) haben 9 abnorme Nachkommen mit zum Teil schweren Zuständen. Die Zahl der erkrankten Kinder ist größer als bei den Ehen der Aufnahmen in die Schweizer Anstalten und in Sachsenberg, wohl wegen längerer Beobachtung und mehr vorgerückten Alters der Kinder. Die Erblichen stellen mehr Kranke als die Nichterblichen.

In der Literatur sind viele Stammbäume von gehäuften, auf eine Reihe von Generationen sich erstreckenden Vererbungsfällen

mitgeteilt. Sie scheinen nur bei schwerer Belastung einzutreten und halten sich zum Teil mehr innerhalb des Gebiets der Geisteskrankheiten, ohne besondere intellektuelle und moralische Degeneration (Fall *Kölpin*). In andern Fällen tritt eine Verschmelzung der Geisteskrankheiten mit intellektueller und besonders moralischer (verbrecherischer) Degeneration ein (Fälle v. *Delbrück* und *Jörger*).

Als ungünstige Zustände der Aszendenz bezüglich Erkrankung der Deszendenz sind nach dem vorliegenden Material zu betrachten dauernde Temperaments-, Gemüts- und Charakterabnormitäten schon von den leichteren Graden: Heftigkeit, Jähzorn, zur Schwermut neigend usw. an, bis zu den schwersten, moralische Idiotie usw. (Diese Zustände werden, wenn keine andern bestimmt zu diagnostizierenden Krankheitszustände vorliegen, unter „Auffallender Charakter“ untergebracht.) Ferner gehören dahin eine größere Zahl von Geisteskranken in der Familie, speziell noch solche von Schwachsinn, Idiotie, Epilepsie, Epilepsie mit Schwachsinn, ferner in diesem Zusammenhange auch umschriebene, nervöse, angeborene Defekte, wie Schwerhörigkeit, Taubheit, Taubstummheit, dann die Verbindung dieser Mängel mit Trunksucht. Ungünstiger ist ferner Erblichkeit von beiden Seiten, besonders Heiraten in derselben belasteten Familie.

Besonders ungünstig ist das unveränderte Auftreten von Charakteranomalien, moralischer Degeneration, verbrecherischen Neigungen mit Unzugänglichkeit gegen bessernde Einflüsse, speziell wenn es sich mit Geisteskrankheiten und andern Abnormitäten genannter Art in derselben Familie verbindet.

Auf der andern Seite tritt bei vorliegender erblicher Belastung im Verlaufe der Generationen bei günstigen Umständen, namentlich bei Verbindung mit Ehegatten von gesundem Nervensystem, Besserung ein, auch sind die auftretenden Zustände milder. Bei den Periodischen (*Fitschen*) fehlten angeborene Zustände fast vollständig. Bei ihnen und *Kölpins* Kranken kamen keine Verblödzustände vor. *Sioli* (*Graßmann* a. a. O.) fand bei seinen 20 Fällen, wo die Deszendenz ursprünglich Entartungserscheinungen zeigte, niemals Epilepsie und Idiotie innerhalb der jüngsten Generationen.

Ungünstigere Zustände der Nachkommenschaft als die einfachen Geisteskranken und Periodischen scheinen die Epileptischen zu haben. Sie liefern auf 100 Ehen 57 an Epilepsie Erkrankte. Auch die Zahl der früh Gestorbenen ist hoch (143), die der Gesundgebliebenen geringer als bei den Geisteskranken (184). Bei den nicht erblich belasteten Paralytikern steigt die Zahl der Erkrankten auf 157 bei 100 Ehen. Die höchste Ziffer für Erkrankte findet sich bei den Trunksüchtigen (220), zugleich die höchste Zahl der früh Gestorbenen (250) und die kleinste Zahl der Gesundgebliebenen (100).

Bezüglich der Trunksüchtigen ist im übrigen auf die Zusammenstellung S. 460 zu verweisen.

Kalmus fand bei seinen eingehenden Untersuchungen (174 Stammlisten) über die Erblichkeitsverhältnisse sämtlicher Familienmitglieder in 4 Generationen natürlich viel höhere Zahlen, als die Autoren, die sich nur mit einer Generation beschäftigen. 30% von der Gesamtheit (ohne Gestorbene) waren abnorm oder geisteskrank (bei den Periodischen, ebenso berechnet, 19,2%), bei Alkoholismus der Eltern 56 (bei *Demmes* Trunksüchtigen 31,2%), bei Paralyse der Eltern 59% (bei *Scholtens* Paralytikern 32,3%).

Die bisherigen Untersuchungen betrafen die Nachkommenschaft der Geisteskranken usw. Die folgenden geben hauptsächlich einen Vergleich der erblichen Belastung der Geisteskranken und der geistig Gesunden. Dies sind voneinander verschiedene Untersuchungen. Doch beeinflussen die Resultate der zweiten Reihe die Beurteilung der Resultate der ersten Reihe.

Jenny Koller hat in einem Teil ihrer Arbeit: Beitrag zur Erblichkeitsstatistik der Geisteskranken in Kanton Zürich usw. (Archiv für Psychiatrie, 27. Band, 1895) einen Vergleich der erblichen Belastung von 370 Geisteskranken mit der von 370 geistig Gesunden gemacht. Die Geisteskranken sind den Jahrgängen der Aufnahmen in Zürich 1885 und 1886 entnommen. Von den 370 Gesunden gehörten etwa 100 dem Wartpersonal von Irrenanstalten an, 176 waren geistig gesunde Spitalpatienten, 94 Private der Stadt- und Landbevölkerung.

Abnormitäten der Aszendenz in Beziehung zu den Erblichkeitsstufen der Deszendenz.
Berechnung zur Summe der Aufnahmen. (Jenny Koller-Zürich.)

Aszendenz	1850 Geisteskranke Aufnahmen 1881—1892				370 Geisteskranke Aufnahmen 1885—1886				370 Gesunde				370 Geistes- kranke = 100 370 Gesunde =:	
	Erblichkeit			Summe	Erblichkeit			Summe	Erblichkeit			Summe	bei direkt. Erblichk.	Summe der Erblichk.
	direkte	indirekte	gleich- stehende		direkte	indirekte	gleich- stehende		direkte	indirekte	gleich- stehende			
Geisteskrankheit.....	18,1	11,0	9,3	38,4	19,5	5,9	5,1	30,5	5,9	7,0	2,0	15,4	30	50
Trunksucht	13,2	1,8	0,9	16,0	14,6	1,6	0,8	17,0	8,4	6,2	0,3	14,9	58	88
a) Nervenkrankheit ..	1,0	0,16	0,8	2,0	5,7	1,4	0,8	7,8	6,5	2,7	1,1	10,3	114	132
b) Apoplexie.....	3,2	0,7	0,16	4,1	3,2	1,1	—	4,3	4,6	4,9	0,3	9,7	144	226
c) Organische Psych. (Dementia sen.) .	1,5	0,43	—	1,9	1,6	0,5	—	2,2	0,3	2,2	0,3	2,7	17,5	123
Summe a + b + c (Nervenkrankh.)	5,7	1,3	1,0	7,9	10,5	3,0	0,8	14,3	11,4	9,7	1,6	22,7	109	159
Auffallend. Charakter	12,8	0,8	1,4	14,9	12,2	1,1	0,5	13,8	1,9	1,9	0,5	4,3	16	31
Selbstmord	0,5	0,3	0,2	1,0	0,5	0,5	—	1,1	0,5	1,1	—	1,6	—	145
Summe.....	50,3	15,2	12,8	78,2	57,3	12,2	7,3	76,8	28,1	25,9	4,9	58,9	47	77
370 Geisteskranke = 100, 370 Gesunde = : ...					47	212	67	77	—	—	—	—	—	—
1850 " = 100, 370 " = : ...					55,9	170	38	75	—	—	—	—	—	—

In der Tabelle Seite 466 sind die verschiedenen Stufen der Erblichkeit und die verschiedenen Abnormitäten der Aszendenz nach Prozentsätzen von der Gesamtzahl der Aufnahmen resp. der Gesamtzahl der Gesunden angegeben, in der I. Abteilung ist in der Tabelle über 1850 Aufnahmen in Zürich von 1881—92, in der II. die der 370 Geisteskranken-Aufnahmen von 85—86, in der III. die der 370 geistig Gesunden. Die Erblichkeitsziffer der II. Tabelle beträgt 76,8% (die der ersten: 78,2%), gegen 8,9 bei den Gesunden. Die direkte Erblichkeit ist bei den 370 Geisteskranken mehr als doppelt so groß, als bei den Gesunden (57,3 — 28,1), die indirekte mehr als doppelt so klein, die gleichstehende Erblichkeit wieder größer. In der vorletzten Zeile der II. Abteilung ist der Satz der Geisteskranken = 100 genommen und der der Gesunden danach berechnet. Die Sätze sind für die direkte Erblichkeit 47, indirekte 212, gleichstehende 67, Summe 77. — Die letzte Zeile gibt die entsprechenden Sätze der Gesunden im Vergleich zur Summe der 1850 Geisteskranken der I. Abteilung.

Die letzte senkrechte Kolonne gibt in derselben Weise den Prozentanteil der Summe der Gesunden, von dem Satze der Geisteskranken der II. Abteilung der Tabelle nach den einzelnen Abnormitäten der Aszendenz. Den verhältnismäßig geringsten Teil liefern die auffälligen Charaktere der Aszendenz für die Gesunden (31), es folgen die Geisteskranken (50), und Trunksucht (88). — Einen höheren Satz haben die Gesunden bei den Nervenkrankheiten (159). Auch die einzelnen Abteilungen dieser Art von Belastung haben bei den Gesunden überall höhere Ziffern. Die Apoplexie steht am höchsten (226). Es ist nur die Diagnose dieser Todesart bei den oft längst verstorbenen Aszendenten meist wenig sicher festzustellen. Die Dem. sen., welche hier allein die organischen Krankheiten der Aszendenz vertritt, hat 123, die eigentlichen Nervenkrankheiten 132 für die Gesunden. Hier ist auch, im Gegensatz zur I. Abteilung, die Nervosität untergebracht. Da diese, als psychisch auffallender Charakter in der I. Abteilung untergebracht, ein großes Übergewicht für die Geisteskranken liefert, so scheint ihre Zahl hier unter den Nervenkrankheiten nur gering zu sein. — Die von anderen

Autoren unter diese Rubrik versetzten Epileptischen, Hysterischen, Hypochondrer sind unter Geisteskrankheiten untergebracht. — Erwähnt sind für diese Rubrik (Nervenkrankheiten der Aszendenz Hirnentzündungen, angeborene Sprach- und Sehstörungen usw. — Da die direkte Erblichkeit größere und anders geartete Gegensätze der Kranken gegen die Gesunden darbietet, als die anderen Stufen, besonders die indirekte, so ist für diese der Vergleich besonders wichtig. Nach der vorletzten Kolonne der Tabelle Seite 466 sind hier die Zahlen der Gesunden überall viel niedriger, als in der Summe. Die auffallenden Charaktere haben 16, die Geisteskranken 30, die Trunksucht 58. Auch die Dem. sen. hat hier nur 17,5, so daß ihr Charakter als Geisteskrankheit hervortreten scheint. Die Nervenkrankheiten und Apoplexie stehen zwar bei den Gesunden noch höher, jedoch weniger hoch, als in der Summe.

Nach diesen Ausführungen würde man bei direkter Erblichkeit für die genannten Abnormitäten der Aszendenz einen mehr oder weniger großen Einfluß auf Entstehung von Geisteskrankheit bei der Deszendenz anzunehmen haben, mit Ausnahme der Apoplexie und der Nervenkrankheiten. Zu letzteren würden gehören organische Gehirnkrankheiten, speziell noch umschriebene, angeborene Hirnläsionen. — Epilepsie, Hysterie, Hypochondrie gehören nicht zu diesen indifferenten Zuständen.

Koller hat auch die Gesamtzahl der erkrankten Angehörigen der erblich Belasteten je bei den 370 Kranken, 370 Gesunden und den 1850 Kranken der Gesamtaufnahmen festgestellt. Ihre Resultate sind in Prozentsätzen von der Gesamtzahl (= 370 resp. 1870 Geisteskranke, resp. 370 Gesunde) berechnet in Tabelle Seite 469 wiedergegeben. Die Tabellen mit sämtlichen erkrankten Angehörigen ergeben natürlich überall viel höhere Zahlen, als die, wo nur eine Person berechnet wird. Doch findet sich manches Gemeinsame in dem Gang der Zahlen nach den verschiedenen Abnormitäten der Aszendenz. In der folgenden Zusammenstellung (Seite 470) sind in betreff der Zahlen für jede Abnormität der Aszendenz (berechnet zur Gesamtzahl der Aufnahmen usw.), einerseits für die einzelnen Personen, andererseits für die Gesamtzahl der erkrankten Angehörigen bei den 370 Geisteskranken und den 1850 Geisteskranken die Prozentsätze festgestellt.

370 Geisteskranke Aszendenz	1850 Geisteskranke										Proz. zur S. d. Erblichk.	Kranke 100 Gesunde =	1850 Geisteskranke								Summe	8
	Vater	Mutter	Summe 1 + 2	Groß- eltern	Onkel und Tante	Summe 4 + 5	Ge- schwister	Summe	Vater	Mutter			beide	Groß- eltern	Onkel u. Tante	Summe 4 + 5	Ge- schwist.					
Geisteskrankheit	6,5	11,9	18,4	5,4	11,1	16,5	18,4	53,2	48	35,8			8,6	11,4	20,0	6,8	11,9	18,7	22,2	60,8		
Trunksucht	14,9	2,2	17,1	2,2	5,9	8,1	4,9	30,0	96	20,2			12,9	1,9	14,8	2,9	11,9	14,8	5,6	27,9		
a) Nervenkrankheit	2,4	4,3	6,7	0,3	2,2	2,5	5,9	15,1	—	—			—	—	—	—	—	—	—	—		
b) Apoplexie	5,1	3,0	8,1	3,2	1,9	5,1	1,1	14,3	—	—			—	—	—	—	—	—	—	—		
c) Dementia senilis	1,1	1,6	2,7	0,8	0,5	1,3	—	4,1	—	—			—	—	—	—	—	—	—	—		
Summe Nervenkrankh. (a + b + c)	8,6	8,9	17,5	4,3	4,6	8,9	7,0	33,5	165	22,4			3,4	3,6	7,0	2,3	1,9	4,2	4,9	16,2		
Auffallender Charakter. Selbstmord	11,4	6,8	18,2	1,9	2,7	4,6	5,7	28,4	58	19,1			7,2	7,0	14,2	0,7	3,2	3,9	6,6	24,5		
Summe	1,1	—	1,1	0,3	1,9	2,2	0,5	3,8	—	2,6			0,5	0,2	0,7	0,3	1,0	1,3	0,9	3,0		
Summe	42,4	29,7	72,1	14,1	26,2	40,3	36,5	148,6	87	100			33,5	24,1	57,6	13,0	21,3	34,4	40,2	132		
Summed. Krank. = 100, Gesunde = :	51	62	54	197	148	164	67	87	—	—			—	—	—	—	—	—	—	—		
370 Gesunde																						
Geisteskrankheit	1,9	2,7	4,6	3,2	10,3	13,5	7,3	25,4	—	19,7			—	—	—	—	—	—	—	—		
Trunksucht	8,1	0,5	8,6	5,7	10,3	16,0	4,3	28,9	—	22,4			—	—	—	—	—	—	—	—		
a) Nervenkrankheit	3,0	7,9	10,9	1,6	4,9	6,5	7,4	24,9	—	—			—	—	—	—	—	—	—	—		
b) Apoplexie	4,3	3,5	7,8	10,8	6,8	17,6	0,8	26,2	—	—			—	—	—	—	—	—	—	—		
c) Dementia senilis	—	0,3	0,3	4,1	—	4,1	—	4,3	—	—			—	—	—	—	—	—	—	—		
Summe Nervenkrankh. (a + b + c)	7,3	11,6	18,9	16,5	11,6	28,1	8,4	55,4	—	43,0			—	—	—	—	—	—	—	—		
Auffallender Charakter. Selbstmord	3,8	2,2	6,0	2,4	4,3	6,7	3,8	16,5	—	12,8			—	—	—	—	—	—	—	—		
Summe	0,6	—	0,6	—	1,6	1,6	0,5	2,7	—	2,1			—	—	—	—	—	—	—	—		
Summe	21,6	17,0	38,6	27,8	38,1	65,9	24,3	128,9	—	100			—	—	—	—	—	—	—	—		

Aszendenz	Summe der Erblichen				Direkte Erblichkeit			
	370 Geistes- kranke		1850 Geistes- kranke		370 Geistes- kranke		1850 Geistes- kranke	
	Einzel- person	An- ge- hörige	Einzel- person	An- ge- hörige	Einzel- person	An- ge- hörige	Einzel- person	An- ge- hörige
Geisteskrankheit ..	40	35,8	49	45,9	34	26	36	35
Trunksucht	22	20,2	20,5	21,0	25	24	26	26
Nervenkrankheit ..	19	22,4	10,2	12,2	18	24	11	12
Auffallend. Charakt.	18	19,1	19,0	18,7	21	25	25	25
Selbstmord	1,4	2,6	1,3	2,2	0,7	1,5	1,3	1
Summe...	100	100	100	100	100	100	100	100

Bei der Summe der Erblichen zeigt nun bei den einzelnen Abnormitäten der Aszendenz der Gang der Zahlen einerseits bei den Einzelpersonen, die zur Aufnahme gelangten, und andererseits bei der Summe der erkrankten Angehörigen in beiden Gruppen manches Gemeinsame. Das Steigen und Fallen erfolgt in derselben Reihenfolge. Auch haben die Zahlen annähernd dieselbe Größe. Von Abweichungen ist hervorzuheben, daß sowohl bei den 370 als bei den 1850 Geisteskranken bei den Angehörigen die Geisteskrankheiten der Aszendenz niedriger, die Nervenkrankheiten und der Selbstmord, bei den 370 Kranken auch die auffallenden Charaktere höher stehen als bei den Aufnahmen. — In der II. Abteilung, betreffend direkte Erblichkeit, haben die 1850 Kranken bei den Aufnahmen und bei den Angehörigen fast dieselben Zahlen, jedoch mit einer Andeutung an das Verhalten der 370 Kranken, welche, in Übereinstimmung mit der I. Abteilung, bei den Angehörigen einen niedrigeren Satz für Geisteskrankheiten der Aszendenz, einen höheren für Nervenkrankheiten, auffallende Charaktere und Selbstmord haben.

Wenn man die direkte, indirekte und gleichstehende Erblichkeit bei den Aufnahmen in Beziehung bringt zu den Rubriken, wo bei der Summe der erkrankten Angehörigen 1. die Eltern, 2. Großeltern, Onkel und Tante, 3. Geschwister erkrankt waren, so findet keine genaue Deckung statt, da zu 1. direkter Erblichkeit auch Fälle von 2. und 3. gehören, zu 2. indirekter Erblichkeit außer 2., auch Fälle von 3. Es fällt ferner zur Vermehrung der Zahlen für Großeltern usw. sowie für Geschwister ins Gewicht.

aß ein Erkrankter höchstens 2 erkrankte Eltern, dagegen mehr erkrankte Onkel und Tanten usw. und ebenso mehr erkrankte Geschwister haben kann.

Prozente der Erbliehkeitsstufen bei Geisteskranken und Gesunden

I. 1850 Geisteskranke					II. 370 Geisteskranke					III. 370 geistig Gesunde				
1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4	
dir.	ind.	gleich- steh.	S.	2+3	dir.	ind.	gleich- steh.	S.	2+3	dir.	ind.	gleich- steh.	S.	2+3

A. Bei der Summe aller Abnormitäten

Bei d. Einzelpers.	50,3	15,2	12,8	28,0	57,3	12,2	7,3	19,5	28,1	25,9	4,9	30,8		
Bei allen Angeh.	57,6	34,4	40,2	74,6	72,1	40,3	36,5	76,8	38,6	65,9	24,3	90,2		

B. Nur bei Geisteskrankheit der Aszendenz

Bei d. Einzelpers.	18,1	11,0	9,3	20,3	19,5	5,9	5,1	11,0	5,9	7,0	2,4	9,4		
Bei allen Angeh.	20,0	18,7	22,2	40,9	18,4	16,5	18,4	34,9	4,6	13,5	7,3	20,8		

C. Bei der Summe nach Ausschluß der Geisteskrankheit der Aszendenz

Bei d. Einzelpers.	32,2	4,2	3,5	7,7	37,8	6,3	2,2	8,5	22,2	22,9	2,5	25,4		
Bei allen Angeh.	37,6	15,7	18,0	33,7	53,7	23,8	18,1	41,9	34,0	52,4	17,0	69,4		

Die vorstehende Tabelle, zusammengestellt aus den Tabellen S. 466 und S. 469 gibt für die einzelnen Stufen der Erbliehkeit die Prozentsätze für die Einzelpersonen und für alle erkrankten Angehörigen. Für letztere soll natürlich direkte Erbliehkeit nur heißen: „Vater und Mutter“, indirekt: „Großeltern, Onkel und Tante“ usw. — In der Abteilung A ist die Ziffer für die erkrankten Angehörigen bei den 1850 Geisteskranken schon bei direkter Erbliehkeit größer, bei indirekter mehr als doppelt, bei gleichstehender mehr als 3mal so groß. Die Summe der indirekten und gleichstehenden Erbliehkeit beträgt bei den Einzelpersonen 28,0, bei den Angehörigen 74,6. — Bei den 370 Geisteskranken sind die Gegensätze noch größer.

Die Abteilung B hat nur die Zahlen für Geisteskrankheiten der Aszendenz. Hier behält die indirekte und gleichstehende Erbliehkeit, besonders bei den 1850 Geisteskranken, bei den Einzelpersonen eine ziemliche Höhe, die Gegensätze sind noch in derselben Weise und Abstufung vorhanden, wie in A, aber weniger groß.

In der Abteilung C findet sich die Summe der Abnormitäten der Aszendenz nach Ausschluß der Geisteskrankheit. Hier ist

der Satz der indirekten und gleichstehenden Erblichkeit für die Einzelpersonen gegen B gefallen, bei den 1850 Kranken von 20,3 auf 7,7, bei den 370 Geisteskranken von 11,0 auf 8,5. Auch für die Angehörigen sind die Ziffern bei den 1850 Geisteskranken gefallen, von 40,9 auf 33,7, bei den 370 Geisteskranken aber gestiegen von 34,9 auf 41,9 infolge Hochstandes der indirekten Erblichkeit. Die Gegensätze zwischen Einzelpersonen und Angehörigen, welche sich in B gegen A verringert hatten, sind in C stärker. Wenn man die Ziffern für Einzelpersonen = 100 nimmt, so sind die für direkte, indirekte und gleichstehende Erblichkeit in I B 110, 170 und 239, in I C 117, 374 und 514. Ähnlich in II B und C. —

Die Resultate sind demnach, daß die abnormen Angehörigen der Geisteskranken, welche zur Aufnahme gelangten, bezüglich der einzelnen Abnormitäten der Aszendenz mit denen der Aufnahmen selbst ähnliche Zahlen haben. Die direkte Erblichkeit und die Summe aller Stufen stehen im ganzen bei den Angehörigen bezüglich Geisteskrankheiten der Aszendenz niedriger, bezüglich Nervenkrankheiten und auffallendem Charakter höher.

Wenn man bei den erkrankten Angehörigen der Aufnahmen 1. die Summe von erkrankten Vater und Mutter, 2. die Summe von erkrankten Großeltern, Onkel und Tante, 3. die Geschwister vergleicht mit den Zahlen der Aufnahmen für direkte, indirekte und gleichstehende Erblichkeit, so ist die Zahl der Angehörigen bei direkter Erblichkeit schon größer, bei indirekter noch mehr, bei den Geschwistern am meisten. Die Summe der indirekten und gleichstehenden Erblichkeit betrug bei 1850 Aufnahmen bei diesen selbst 28,0, bei den Angehörigen 74,6% der Aufnahmen.

Bei Geisteskrankheiten der Aszendenz behalten die indirekte und gleichstehende Erblichkeit noch eine ziemliche Höhe. Die Gegensätze zwischen Aufnahmen und Angehörigen je nach den Stufen der Erblichkeit sind noch vorhanden, aber abgeschwächt. — Bei der Summe der Abnormitäten der Aszendenz ohne Geisteskrankheiten sind bei den Aufgenommenen die Sätze für direkte Erblichkeit namhaft höher, dagegen die für indirekte und gleichstehende Erblichkeit geringer, als bei den Geisteskrankheiten. Die Gegensätze zwischen Aufnahmen und Angehörigen je nach

en Stufen der Erblichkeit sind namhaft stärker, als bei den Geisteskrankheiten der Aszendenz.

Das Anschwellen der Zahlen der Angehörigen bei indirekter und gleichstehender Erblichkeit im Verhältnis zu den Zahlen bei den Aufnahmen ist aus der Art der Rubrizierung der Erblichkeit bei letzteren nach obiger Darlegung wesentlich zu erklären.

Wenn man in Tabelle S. 469 die Summe der 370 Gesunden und 370 Geisteskranken miteinander vergleicht, so überwiegen bei Vater und Mutter und der Summe beider in hohem Grade die Geisteskranken, bei Großeltern, Onkel und Tante und der Summe beider in hohem Grade die Gesunden, bei den Geschwistern und der Summe überwiegen wieder die Geisteskranken. Einen genauen Überblick gewinnt man durch die letzte Zeile der Abteilung der Geisteskranken, wo der Prozentsatz der Ziffer der Gesunden von der der Geisteskranken wiedergegeben ist. Die Gesunden haben bei den Eltern 54% von dem Satz der Kranken (Väter 51, Mütter 62). Bei Großeltern, Onkel und Tante überwiegen die Gesunden in hohem Grade: 164 (Großeltern 197, Onkel und Tante 148), bei den Geschwistern (67) und der Summe (87) überwiegen wieder die Geisteskranken. — Hier findet also eine prinzipielle Übereinstimmung mit den Resultaten der Tabellen über die einzelnen Personen bei direkter, indirekter und gleichstehender Erblichkeit statt.

Bei Vergleichung der einzelnen Abnormitäten der Aszendenz der Geisteskranken (= 100) mit den Gesunden bei allen erkrankten Angehörigen (senkrechte Kolonne 9 der Tabelle S. 469) stehen die Gesunden am niedrigsten bei Geisteskrankheiten der Aszendenz (48), es folgen die auffallenden Charaktere (58), demnächst die Trunksucht (96), während die Nervenkrankheiten (165) für die Gesunden mehr liefern. Dies ist derselbe Gang der Zahlen wie bei der Tabelle über die Einzelpersonen (Tabelle S. 466, letzte Kolonne), mit einer Ausnahme: die Geisteskrankheiten stehen bei den Angehörigen für die Gesunden am niedrigsten, die auffallenden Charaktere nehmen die zweite Stelle ein.

Aus der Tabelle 471 ist für die Gesunden noch hervorzuheben, daß in der Abteilung B: nur Geisteskrankheiten der Aszendenz,

die Ziffer der Einzelpersonen zu der der Gesamtzahl der Angehörigen sich verhält bei direkter Erblichkeit = $100 : 78$, bei indirekter = $100 : 193$, bei gleichstehender = $100 : 304$. Bei C. der Summe mit Ausschluß der Geisteskrankheiten der Aszendenz sind die betreffenden Zahlen 153, 229 und 680. Hier sind die Gegensätze viel größer. Es liegt also derselbe Gegensatz vor, wie bei den Geisteskranken. Es gelten also dieselben Regeln der Vererbung, je nachdem Geisteskrankheit der Aszendenz vorliegt oder andere Abnormitäten der Aszendenz, gleichermaßen für die aufgenommenen Geisteskranken und ihre erkrankten Angehörigen und für die Erkrankten der Gesunden hinsichtlich der Einzeltabellen und der Summe ihrer erkrankten Angehörigen.

Besonders hervorzuheben ist noch, daß auch bei den ursprünglichen Zahlen der Gesunden nur die indirekte Erblichkeit überall eine besondere Höhe erreicht. Die gleichstehende Erblichkeit ist dagegen bei den Einzelpersonen verhältnismäßig niedrig und erreicht auch bei den erkrankten Angehörigen der Gesunden keine besondere Höhe.

Das Resultat ist demnach, daß die Regeln der erblichen Belastung, welche sich für die aufgenommenen Geisteskranken und die Gesunden ergeben haben, im wesentlichen auch für die Gesamtzahl von deren erkrankten Angehörigen gelten. Dies gilt für die Abnormitäten der Aszendenz und für die Stufen der Erblichkeit, nur daß für letztere die indirekte und gleichstehende verhältnismäßig eine größere Zunahme erfahren haben.

Die amtliche preußische Statistik, Heft 187, die Heilanstalten im preußischen Staate 1902, enthält Angaben über „nicht Geisteskranke“ in den öffentlichen Irrenanstalten. Dies sind fast ausschließlich Untersuchungsgefangene, die auf Gerichtsbeschuß zur Feststellung ihres Geisteszustandes in die Anstalt geschickt, aber für geistig gesund erklärt worden sind. Es erhebt sich hier allerdings die Frage, ob man diese Leute in dem Sinne für geistig gesund zu halten hat, wie den Durchschnitt der Bevölkerung. Die betreffenden Zahlen sind in der Tabelle S. 475 wiedergegeben. Die Rubrizierung der Erblichen ist in anderer Weise erfolgt, als von den deutschen und schweizer Irrenärzten. Die Summe der direkten Erblichkeit und der direkten Erblichkeit

nd Familienanlage würden etwa der direkten Erblichkeit der renärzte entsprechen und direkte Erblichkeit eine solche im igeren Sinne sein. Doch spricht manches in der Gestaltung r Zahlen gegen diese Auffassung. Es sind auch die ent- rechenden Zahlen für die Geisteskranken hinzugefügt, und die umme der Gesunden mit und ohne Potatoren als Prozente an- geben von den betreffenden Sätzen der Geisteskranken. Die tzeren Prozentsätze sind überall niedriger als bei *Koller*, bei r Summe ohne Potatoren noch niedrigere. Die Familienanlage llein oder mit direkter Erblichkeit liefert höhere Zahlen, als die irekte Erblichkeit im engern Sinne, so daß hier eine Analogie it *Koller* stattfindet. Die Ziffern bleiben aber bei den preußi- chen Anstalten mehr unter den Sätzen der Geisteskranken, als ei *Koller*.

Näcke hat auch Untersuchungen über erbliche Belastung im ganzen von 80 Pflegern gemacht. Er fand als Minimum 17,5⁰%, meint, mit 20—25⁰% sei die Zahl jedenfalls mehr der Wirklichkeit entsprechend (*Laehrs Zeitschrift*, 55. Band, S. 681).

Preußische Anstalten. Aufnahme 1902

	Nicht geisteskranke Untersuchungsgefangene									
	Summe d. Aufnahmen			do. ohne Potat. S.	Erblichkeits-Prozente			do. ohne Potat. S.	Aufnahme in d. Pr. Anstalt. 1902 überh.	
	M. 1	Fr. 2	S. 3		M. 5	Fr. 6	S. 7		S. 9	S.o.P. 10
Direkte Erblichkeit	19	5	24	19	4,8	3,5	4,5	4,2	10,7	11,1
Dir. Erbl. u. Familienanlag.	25	4	29	21	6,4	2,8	5,4	4,6	7,1	7,4
Familienanlage	30	6	36	30	7,7	4,3	6,8	6,5	9,8	10,2
Summe der Erblichen . . .	74	15	89	70	18,9	10,6	16,7	15,5	27,6	28,7
Summe der Aufnahmen . .	392	141	533	456	—	—	—	—	—	—
Prozentsatz der Geistes- kranken = 100, der der Gesunden = : bei	<div> direkter Erblichkeit 42 direkter Erblichk. u. Familienanlage 76 Familienanlage 69 </div>								38	62
	Summe . .								61	54

Eine Zusammenfassung der Resultate über die erbliche Belastung der Geisteskranken und der Gesunden, sowie der Gesamtzahl von deren erkrankten Angehörigen, welche im wesentlichen auf der Statistik *J. Kollers* beruhen, ergibt folgendes:

Die Gesunden liefern auch eine hohe Belastungsziffer der psychisch nervöse Abnormitäten der Aszendenz. Ihre Erblichkeitsziffer beträgt nach *Koller* 58,9 bei 370 Gesunden, 76,8 bei 370 Geisteskranken. Die direkte Belastung ist bei Geisteskranken mehr als doppelt so groß. Auf 100 belastete Geisteskranke kommen Gesunde bei direkter Belastung 47, bei indirekter 212, bei gleichstehender 67, bei der Summe 159.

Bei den einzelnen Abnormitäten der Aszendenz beträgt der Prozentsatz der Gesunden von dem der Geisteskranken am wenigsten bei auffallendem Charakter der Aszendenz (31%), demnach bei Geisteskrankheiten (50%), und Trunksucht (88). Einen höheren Prozentsatz haben im Gegenteil die Gesunden bei den Nervenkrankheiten (159). Auch die einzelnen Abteilungen der letzteren haben bei den Gesunden höhere Ziffern, die Nervenkrankheiten im engeren Sinne 132, Apoplexien 226, Dem. senilis 123. — Bei direkter Erblichkeit sind die Zahlen für die Gesunden überall viel niedriger. Die auffallenden Charaktere haben 16%, die Geisteskrankheiten der Aszendenz 30, Trunksucht 58, Dem. senilis 17,5, Apoplexien 114, Nervenkrankheiten 114. Zu letzteren gehören organische Geisteskrankheiten, speziell noch umschriebene angeborene Gehirnläsionen. Dagegen gehören Epilepsie, Hysterie, Hypochondrie nicht der Aszendenz an.

Die Art und Höhe der erblichen Belastung der aufgenommenen Geisteskranken und die der Gesamtzahl ihrer abnormen Angehörigen hat manches Gemeinsame. Speziell die Ziffern für die Abnormitäten der Aszendenz haben beiderseits annähernd die gleiche Größe, das Steigen und Fallen erfolgt in derselben Reihenfolge. Bei der Gesamtzahl der Angehörigen ist die Ziffer für Geisteskrankheiten der Aszendenz etwas niedriger, die für Nervenkrankheiten und Selbstmord, z. T. auch für auffallenden Charakter höher. Dies gilt für die Summe und direkte Erblichkeit.

Wenn man bei sämtlichen belastenden Angehörigen der aufgenommenen Geisteskranken die Ziffern 1. für Vater und Mutter, 2. für Großeltern, Onkel und Tante, 3. Geschwister, vergleicht mit den Ziffern der Aufnahmen 1. für direkte, 2. indirekte, 3. gleichstehende Erblichkeit, so steht schon bei direkter Erblichkeit die Ziffer der Angehörigen höher, noch viel mehr bei indirekter und in noch höherem Grade bei gleichstehender Erblichkeit.

hängt dies wesentlich mit der Art der Rubrizierung der Erbschaftsstufen bei den Aufnahmen zusammen.

Bei Geisteskrankheiten der Aszendenz allein ist der Satz für die Erbschaftlichkeit bei den Aufnahmen niedriger, bei der Summe der indirekten und gleichstehende Erbschaftlichkeit höher, als bei der Summe der andern Abnormitäten der Aszendenz ohne Geisteskrankheiten. Zugleich sind die oben besprochenen Gegensätze zwischen den Aufnahmen und erkrankten Angehörigen bei den Geisteskrankheiten der Aszendenz abgeschwächt, bei der Summe der andern Abnormitäten verstärkt.

Eine Vergleichung der Gesamtzahl der erkrankten Angehörigen bei den Gesunden ergibt für 1. Eltern, 2. Großeltern, 3. Onkel und Tante, 4. Geschwister prinzipiell den Gang der Zahlen, den bei der Tabelle betreffend Einzelpersonen der Gesunden bei der direkten, indirekten und gleichstehenden Erbschaftlichkeit. Dasselbe gilt auch von den Ziffern der einzelnen Abnormitäten der Aszendenz. Hier ergeben sich bei den Gesunden, wenn man bei den Stufen der Erbschaftlichkeit die erkrankten Einzelpersonen der Gesamtheit der erkrankten Angehörigen gegenüberstellt, dieselben Gegensätze, das heißt die Ziffer von den erkrankten Einzelpersonen zu der Summe der erkrankten Angehörigen von der direkten zur indirekten Erbschaftlichkeit und von da zur gleichstehenden Erbschaftlichkeit, das schwächere Angehörigenverhältnis bei Geisteskrankheiten der Aszendenz und das stärkere Angehörigenverhältnis bei den andern Abnormitäten der Aszendenz ohne Geisteskrankheiten. — Hier liegen demnach allgemeine Regeln der Erbschaftlichkeit vor, die gleichmäßig für die erkrankten Angehörigen der aufgenommenen Geisteskranken, als für die erkrankten Angehörigen der Gesunden maßgebend sind.

Besonders hervorzuheben ist noch, daß die Gesunden bei den Aufnahmetabellen nur für die indirekte Erbschaftlichkeit eine besondere Höhe erreichen, nicht für die gleichstehende. Derselbe Gegensatz gilt auch für die Gesamtzahl der erkrankten Angehörigen.

Bei Beurteilung der vorstehenden Ergebnisse geht man am besten von der Kategorie der Geisteskrankheit der Aszendenten aus, da hier die meisten Anhaltspunkte gegeben sind. Auch bei den Geisteskrankheiten der Aszendenz bei allen Angaben die größte Ziffer von allen belastenden Abnormitäten.

Nimmt man an, daß das zahlenmäßige Vorkommen von Geisteskranken und die Verteilung nach dem Zivilstande in der jetzigen vorausgehenden Generation ungefähr dasselbe gewesen sei, wie in der gegenwärtigen, so würden etwa in jener nach den jetzigen Annahmen 1 Geisteskranker auf 250 Einwohner der Bevölkerung gekommen sein. Zur Vererbung geben im ganzen nur die Verheirateten, Verwitweten und Geschiedenen Veranlassung. Diese machen in Anstalten ca. 50% von den Aufnahmen aus. Bei den Geisteskranken in der Bevölkerung ist der Prozentsatz namhaft niedriger, schon aus dem Grunde, weil die Idioten, die in der Bevölkerung ca. die Hälfte der Geisteskranken bilden, nur bei den leichteren Graden, der Imbezillität, in ca. 10% von der Gesamtheit der Idioten, zur Heirat gelangen. Nimmt man für die vorhergehende Generation die Hälfte der in der Bevölkerung vorhandenen Geisteskranken als verheiratet oder verheiratet gewesen an, so würde von diesen 1 Geisteskranker auf 500 Einwohner kommen. Würden nun die verheiratet gewesenen Geisteskranken der vorhergehenden Generation die gleiche Anzahl von Kindern gehabt haben, und die verhältnismäßig gleiche Anzahl derselben geisteskrank geworden sein, wie bei dem nicht von geisteskranken Eltern abstammenden Teil der Bevölkerung, so würde sich der von geisteskranken Eltern abstammende Teil der jetzigen Generation zu dem andern Teil der Bevölkerung verhalten wie 1:500, oder wie 0,2:100. Statt dessen liefert die direkte Erblichkeit in den deutschen Anstalten 10—11% Geisteskranke. Bei Annahme von 10% würde die erbliche Belastung daher 10 mal $0,2 = 5$ mal mehr Geisteskranke liefern, als ohne erbliche Belastung. — Nimmt man etwa 1 Geisteskranken auf 100 Einwohner an (im Kanton Zürich wurde bei der Volks- und Irrenzählung im Jahre 1889 1 Geisteskranker auf 103 Einwohner gezählt) so würde bei Indifferenz der geisteskranken Eltern auf 100 Einwohner 0,5 Nachkommen mit direkter Erblichkeit zu erwarten sein. Nimmt man weiter hier 20% für direkte Erblichkeit an (Koller hat 18 bis 19,5%), so würde diese Zahl 40mal so groß sein, als bei fehlendem Einfluß der Erblichkeit zu erwarten wäre. — Daß die Gesunden z. T. auch eine erbliche Belastung haben, ist selbstverständlich, da nach Früherem die geisteskranken Eltern auch eine

gesunder Kinder haben. Dieser Teil dürfte aber, wenn die Belastung aus obiger Quelle vorläge, auch keinen größeren haben, als 100 : 2,0 resp. bei *Koller* 100 : 2,5. Statt dessen sind die Gesunden nach *Kollers* Zahlen, bei Geisteskrankheit Aszendenz, für direkte Erbllichkeit, 30 Belastete gegen 100 bei Kranken, also eine 15—12 mal höhere Ziffer, als jener Berechnung entspricht. Zur Erklärung wird man einestheils annehmen können, daß in der Bevölkerung viele Personen vorübergehend geisteskrank werden, welche bei der Zählung der Geisteskranken der Bevölkerung nicht zur Kenntnis gelangen. Andernteils ist es nach Früherem die Vererbung nur in einem verhältnismäßig kleinen Teil der Fälle die Bedeutung haben, daß sie als Ursache der Verseuchung ganzer Generationen zu betrachten ist. Ungünstigen Zustände der Aszendenz sind in dieser Hinsicht S. 464 nach den vorliegenden Tatsachen zusammengestellt. Selbst wenn diese vorliegen, hat man vielfach noch eine Anzahl gesunder, bei einem Teil nur gesunde Kinder.

Die Tabelle S. 466 zeigt auf 100 trunksüchtige Eltern bei Kindern — 58 bei Gesunden. Man könnte hier dieselben Erfahrungen anstellen, wie bei den Geisteskrankheiten der Aszendenz, doch ist zu beachten, daß man es (S. 460), bei einem vielleicht kleinen Teil der Fälle, nicht mit andauernden Krankheiten der Persönlichkeit zu tun hat, sondern anscheinend mit krankhaften Veränderungen der Keimdrüsen, welche vorübergehen können, in die verderbliche Gewohnheit aufgegeben wird. Die etwa verbleibende psychische Widerstandslosigkeit würde dann in das Gebiet der psychopathischen Zustände gehören.

Daß die auffallenden Charaktere der Aszendenz je nach ihrer Art eine große Bedeutung für die Erkrankung der Deszendenten haben, ist bei den Krankengeschichten hervorgehoben. In der Tabelle S. 466 hat bei ihnen die Aszendenz der Geisteskranken nur 16% von der der Erkrankten. — Andere Statistiker geben hier viel geringere Zahlen, als *Koller*. Sie sind weniger leicht festzustellen.

Zu bemerken ist, daß auch die gesundgebliebenen erblich belasteten Deszendenten vielfach ein besonderes Gepräge haben. Nach *Koller* (l. c. S. 284) sind die Gesunden, „welche eine erhebliche

Belastung aufweisen, in der Mehrzahl ausgesprochene Originale oder Neuropathen.“ „Sie haben viel mehr Chancen, geistig zu erkranken.

Bestimmte Arten von Nervenkrankheiten der Aszendenz, Apoplexien, gewöhnliche organische Gehirnkrankheiten, umschriebene organische angeborene Gehirnläsionen, würden nach Koller Zahlen keine Disposition für Geisteskrankheiten der Deszendenz begründen. Zu diesen indifferenten Zuständen der Aszendenz gehören nicht die wohl meist hierher bezogene Epilepsie, Hysterie, Hypochondrie.

Die Geisteskrankheit der Aszendenz begründet, abgesehen von der direkten Übertragung, in viel höherem Grade eine Familien-Disposition zur Erkrankung der Deszendenz, als die andern Abnormitäten zusammengenommen. Bei den aufgenommenen Geisteskranken ist die Ziffer für direkte Erblichkeit bei Geisteskrankheiten der Aszendenz nur halb so groß, bei der Summe von indirekter und gleichstehender Erblichkeit viel größer, als bei der Summe aller andern Abnormitäten.

Zu den Abnormitäten der Aszendenz mit besonders niedrigen Zahlen für indirekte und gleichstehende Erblichkeit gehört die Trunksucht. Dies beweist das Fehlen einer Familien-Disposition abgesehen von direkter Übertragung.

Die Gesunden haben bei den Tabellen für Einzelne und denselben für die Gesamtzahl der Angehörigen bei indirekter Erblichkeit eine besondere Höhe, nicht bei gleichstehender.

Stedman (*Laehrs Zeitschrift* 1889, Lit.-H. S. 53) behandelt u. a. die Zulässigkeit der Ehe bei erblich Belasteten. Er stimmt im wesentlichen mit *Schüle* überein. Dieser (*Laehrs Zeitschrift* 61. Bd., S. 761) hält den schädlichen Einfluß auf die Kinder einigermaßen sicher gestellt bei Paralyse, ferner bei den auf degenerativer Belastung entstehenden zyklischen Geistesstörungen bei ethisch-degenerierten Individuen, namentlich Epileptikern und Hysterikern, dann bei chronischen Alkoholisten mit stark ausgesprochenem moralischen Defekt und Anderen.

Diese Anschauungen stimmen grundsätzlich mit den vorstehenden Ausführungen überein. Das Hauptgewicht ist auf die Degeneration zu legen, wie diejenigen belastenden Periodischen

en, welche die Degeneration nicht haben. Eine Reihe von
sachen, welche diesen Begriff konstruieren helfen, sind aus den
Kengeschichten beigebracht. Bei den Trunksüchtigen kommen
r Degeneration der Persönlichkeit anscheinend noch Er-
kungen der Generationsorgane vor, welche für die Nach-
menschaft verhängnisvoll werden, aber bei Abstinenz heilen
ien. — Zur Charakterisierung der Degeneration dient auch die
und Art der Angehörigen, speziell noch die der gleichstehen-
— Die Konsanguinität der Eheschließenden ist bei Vorliegen
Erkrankungen speziell zu beachten.

Das prozentual ausgedrückte Heiratsrisiko bez. Ausbruchs und Vererbung von Geistes- und • Nervenkrankheiten.

Von

Medizinalrat Dr. P. Nücke, Hubertusburg.

In einer früheren Arbeit¹⁾ hatte ich erwähnt, daß zurzeit strenge Beweise für eine eigentliche Entartung der Kulturvölker fehlen. Alle dafür angeführten Gründe sind bei näherem Zusehen fadenscheinig. Denn vieles, was als Entartungssymptom angesehen wird, läßt sich anderweit erklären. Jedes soziale Phänomen ist so ungeheuer kompliziert, daß wir nur mit größter Vorsicht das eine oder andere Moment als einen der Gründe oder gar als den Hauptgrund seines Bestehens herausheben können. Namentlich wird hier sehr gern nach dem bequemen Rezept gearbeitet: B folgt auf A, folglich ist A die Ursache von B, ohne an einen möglichen sogenannten Zufall zu denken oder an den Umstand, daß A und B einmal auch von einer dritten Größe abhängen können, miteinander direkt also nichts zu tun haben. Einer spricht und druckt es dann nur zu leicht dem andern nach, bis nach einiger Zeit der ganze Rattenkönig von Hypothesen und Behauptungen von der Tagesordnung verschwindet und endlich die Wahrheit, oder sagen wir richtiger: ein Teil der Wahrheit, durchbricht. Nur einige sog. Entartungsphänomene wollen wir hier kurz anführen.

¹⁾ Nücke, Kastration in gewissen Fällen von Geisteskrankheit. Psychiatrisch-Neurolog. Wochenschr. 1905. Nr. 29.

Der Alkoholismus hat (scheinbar) immer mehr zugenommen, und doch vermochte er noch nicht eins der Kulturvölker zu entarten. Und gerade beim Alkohol gilt es, in der Abwägung von Ursache und Wirkung sehr vorsichtig zu sein, da hier unglaublich viele andere Momente mitspielen. Dies ist bezüglich des Verhältnisses von Alkohol und Verbrechen *Geill*¹⁾ vorzüglich dargelegt. Bequemer ist es freilich, mit Zahlen zu rozen und sich um die Qualität derselben nicht weiter zu kümmern! Wollten wir z. B. — die Fälle von *Delirium tremens* ausgeschlossen — die Zahlen der Psychosen, die angeblich durch Alkohol erzeugt sind, einzeln auf ihren wahren Wert hin unter die kritische Lupe nehmen, so würden sich sehr wahrscheinlich relativ wenige Fälle finden, wo der Alkohol die alleinige Schuld trägt. Bei den andern wirken gleichzeitig noch andere Momente mit und nur mit größerer oder geringerer Wahrscheinlichkeit wird dem Alkohol hier eventuell die Hauptschuld beigemessen werden können. Die große Mühe der Untersuchung hierüber nimmt man sich aber gewöhnlich nicht!

Ob die Psychosen und die Nervenkrankheiten wirklich an Zahl zugenommen haben, ist noch lange nicht sicher erwiesen, wenn auch wahrscheinlich.²⁾ Für eine einzige Psychose, die *Dementia paralytica*, hat *v. Krafft-Ebing* dies allerdings sehr wahrscheinlich gemacht, doch war er zu vorsichtig, um zu sagen: absolut sicher.

¹⁾ *Geill*, Alkohol und Verbrechen in Dänemark. Aus „Der Alkoholismus“. 1904.

²⁾ *Grunau* (Über Frequenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in den öffentlichen preußischen Irrenanstalten 1875—1900. Halle, Marhold. 1905) hat sich nicht überzeugen können, daß in Preußen die Psychosen von 1875 bis 1900 zugenommen haben, ebensowenig die Entartung. Nach *Hackl* (Das Anwachsen der Geisteskranken in Deutschland. München, Geitz & Schauer. 1905. Nach Ref. im Zentralbl. f. Anthrop. 1905, S. 323) hat dagegen die Zahl der Irren und Blöden in Preußen und Sachsen nach den Volkszählungen von 1871 und 1896 prozentual zugenommen. Doch ist die Zunahme 1. eine relativ geringe und 2. sicher mit so vielen Fehlern behaftete gewesen, daß man darauf vorläufig nur wenig geben kann. Es schlägt auch nichts, wenn *Podestà* (Häufigkeit und Ursachen seelischer Erkrankungen in der deutschen Marine usw. Arch. f. Psych. 1905, S. 651 ff.) nachweist, daß die Zahl der Geisteskranken im Heer und in der Marine in den letzten Jahren langsam, aber gleichmäßig zunahm, da wir hier ein ganz abnormes Milieu

Überall hört man ferner von der Überhandnahme des Verbrechens sprechen, und kritiklos nehmen es die meisten hin. Wer aber näher zusieht, weiß, daß mit den immer komplizierter werdenden modernen Verhältnissen, den an Zahl zunehmenden Gesetzesparagraphen die Zahl aller Rechtsbrüche zunehmen muß. Das besagt aber wenig, zumal die Handhabung der Gesetze sehr subjektiv ist und nur ein Minimalprozent der Verbrecher wirklich erlappt und bestraft wird. Alle Verbrecherstatistiken sind also für unsre Frage unbrauchbar; wir werden voraussichtlich den wirklichen Stand des Verbrechenpegels nie erfahren! Erwägen wir aber alle Umstände, so werden wir sogar annehmen haben, daß die verbrecherische Psyche im ganzen sich quantitativ kaum geändert hat, wohl aber qualitativ. Es kann also zurzeit von einem Degenerationssymptom hier noch nicht gut geredet werden. Ja, indem zweifellos die blutigen Reate den Eigentumsdelikten gegenüber immer mehr zurücktreten, ist sogar eine Verbesserung, ein Milderwerden dieser verbrecherischen Psyche sehr wahrscheinlich.

Eher könnte man sagen, daß der Selbstmord häufiger geworden ist. Doch ist vielfach ein verändertes Milieu daran schuld, so daß auch hier von einer direkten Entartung nicht ohne weiteres die Rede sein kann. Dasselbe gilt auch bez. der überall beobachteten Abnahme der Geburtenziffer, der geringer werdenden Dienstfähigkeit für das Heer usw. Hier gibt es stets noch andere Erklärungsmöglichkeiten, die alle wohl bedacht werden müssen, bevor man von wirklicher Entartung reden kann. Ebenso verkehrt ist es, ohne weiteres den Untergang der antiken Völker auf Entartung zurückzuführen; das tun nur Naive oder Oberflächliche.

Vergessen wir endlich auch nicht, daß, wenn wirklich hier und da ein echtes Entartungsphänomen sich zeigt, man noch

vor uns haben. Das sieht man schon daraus, daß in der Marine die Zahl eine höhere ist als im Landheere, doch steigt sie seit 1896/97 in unregelmäßiger Weise herab. Weiter — was wohl die Hauptsache sein dürfte — vergesse man nicht, daß man seit 30 Jahren viel besser die Psychosen bei den Soldaten zu erkennen gelernt hat, und daß psychiatrisch ausgebildete Militärärzte erst der neuesten Zeit angehören.

nge kein Recht hat, deshalb das Volk ohne weiteres als durch-
us entartet zu bezeichnen. Wir müssen nämlich bei den
ölkern, wie im Leben des einzelnen, für die Norma-
tät eine gewisse Variationsbreite aufstellen und sie ja
icht zu eng fassen. Ein bedenkliches Symptom überliefert
eh lange nicht die Masse dem Untergang; niemand kann wissen,
sich noch weitere Entartungserscheinungen anschließen werden,
ler ob jenes wieder verschwinden wird. Kleine und einzelne
bnormitäten wollen im individuellen und Volksleben
lso wenig besagen. Sie fallen noch in die normale
reite und sind zum Teil aufbesserungsfähig. Würden
ir zu streng zu Gericht sitzen wollen, so wäre es schier un-
egreiflich, daß die Menschheit an Entartung noch nicht längst
usgestorben ist. Wir werden uns also wohl hüten, z. B. die
omanischen Völker für degeneriert zu erklären, weil gewisse
hänomene zutage treten, die man gern als solche der Entartung
ansieht. Sie sind gewiß aber meist nur Artefakte, erzeugt be-
onders durch lange Mißwirtschaft der Gewalthaber und so häu-
ige Knebelung seitens der Religion der Liebe. Gerade wer die
neutigen Italiener, Franzosen oder Spanier näher kennen lernte,
wird wissen, was für ein gesunder Kern hier im Volke fast überall
steckt, und daß eine wirklich entartete Nation ganz anders aus-
sehen müßte.

Damit ist aber natürlich nicht gesagt, daß wir uns im Hin-
blick auf die schönste aller Welten auf das Ruhekissen der Selbst-
zufriedenheit ausstrecken sollen. Die Gefahr kann kommen, und
es gilt hier, die Augen offen zu halten und nicht abzuwarten, bis
das Haus über uns brennt. Bisher, sagte ich früher, sorgte die
Natur meist selbst für die Assanierung, und die moderne Hygiene
unterstützt sie hier in vielen Punkten.¹⁾ Diesen Assanierungsprozeß

¹⁾ Vom selektorischen und radikal rassenverbessernden Standpunkte aus
verschlechtert sich dadurch freilich die Rasse, indem so viele geistige und
körperliche Invaliden erhalten bleiben und sich zum Teil fortpflanzen, während der
harte Lebenskampf und die Infektionskrankheiten aller Art sie ohne Eingreifen
der werktätigen Liebe und der Hygiene fortgerafft hätten. Unsere Huma-
nität verbietet uns, anders zu handeln. Eine andere Moral — vielleicht die
künftige! — verlangt aber, daß man mehr für die Zukunft als bisher für die

sehen wir z. B. bei den Irren. *Diem*¹⁾ zeigt uns in seiner hochbedeutenden Arbeit, daß zwar bezüglich der erblichen Gesamtbelastung bei Geistesgesunden und Geisteskranken kein großer Unterschied ist — auch *Koller* hatte es schon gezeigt —, daß aber wenn man nur die Eltern berücksichtigt, die Geisteskranken ganz bedeutend mehr erblich belastet erscheinen (dies auch schon bezüglich der Belastung mit Psychosen in der Gesamtheit) als die Geistesgesunden. Das heißt also: letztere haben die meiste erbliche Belastung in den entfernten Gliedern, und die Natur hat die Tendenz, den Schaden wieder auszugleichen, was ich besonders auf Zuführung besseren Blutes in den Stamm zurückführen möchte, während *Diem*²⁾ mehr andere Momente hierfür verantwortlich macht.

Gegenwart Sorge. Dies läßt sich vielleicht auf die Weise erzielen, daß wir für jene Minderwertigen nur soweit sorgen, als es absolut nötig erscheint, für sie also keine Luxusbauten usw. verlangen, wie es modern ist, dafür aber das überschüssige Geld zur Verbesserung der Milieus anwenden. Dann können wir hoffen, allmählich eine gesündere Generation erstehen zu sehen. Daher sollte uns die innere Mission mit ihren großartigen Zielen und Erfolgen viel mehr am Herzen liegen als die äußere, deren Erfolge den aufgewendeten Mühen und Kosten sehr oft nicht entsprechen. Schon der gesunde, d. h. der nötige Egoismus sagt uns, daß das Hemd näher ist als der Rock, und die praktische Moral sollte mehr unsere Führerin sein als die metaphysische. Die Assanierung durch die Natur meint wahrscheinlich auch der berühmte *Maudsley*, wenn er kürzlich schrieb (nach Ref. in der Politisch-anthropol. Revue. 1906 S. 459), daß die Natur in ihren blinden Trieben besseres vollbringe als der Mensch mit aller seiner Vernunft je erreichen könne. Eine großartige Assanierung der Natur, wie ich beiläufig erwähnen will, haben wir in den ursprünglichen Verbrecherkolonien Australiens, die aus den verworfensten Ansiedlern bestanden und jetzt sogar auch moralisch hochstehen.

¹⁾ *Diem*, Die psycho-neurotische erbliche Belastung der Geistesgesunden und der Geisteskranken. Arch. für Rassen- und Gesellschaftsbiologie. 1906. H. 1 und 2.

²⁾ *Diem* macht übrigens mit Recht darauf aufmerksam, daß die erbliche Gesamtbelastung ein durchaus unrichtiges Bild der Verhältnisse gibt. Nur die Belastung nach den einzelnen Faktoren und noch dazu der einzelnen verschiedenen Familienglieder kann hier einen wirklichen Einblick gewähren. Deshalb sind fast sämtliche Hereditätsstatistiken wenig brauchbar, zumal jeder Untersucher beim Aufstellen derselben andern Normen folgt, sie somit nicht einmal miteinander vergleichbar sind. Vor allem aber hängen sie ganz in der Luft, da die Untersuchung mit normalen Individuen gleichen Orts, Alters

Aber wenn auch weniger für das ganze, so kann doch für den einzelnen und die ganze Familie die Verheiratung mit geistes-, nervenkranken oder entarteten Elementen aller Art die größte Not herbeiführen. Hier hätte die Hygiene an erster Stelle einzugreifen und das Eingehen solcher Ehen zu verhindern. Ich sagte aber schon, daß leider alle bisher dafür vorgeschlagenen Mittel wenig aussichtsreich erscheinen. Bloße Belehrung des Volks nützt nichts oder nur wenig. Der Neomalthusianismus ist ein zweiseitiges Schwert und der Abort verbrecherisch; nur staatliche Zwangsmittel hätten vielleicht auf Erfolg zu rechnen. Eheverbote werden aber nicht viel nützen, eher für gewisse Fälle¹⁾ die Kastration, die aber nie eine Massenkastration werden kann.

Wenn nun die Belehrung im allgemeinen sehr wenig verspricht, so können doch Fälle vorkommen, wo der Hausarzt in einer Eheangelegenheit zu Rate gezogen wird. Vielleicht vermag er dann hier und da ein Unheil abzuwenden. Der gewöhnliche praktische Arzt wird freilich dazu noch seltener kommen als früher, wo das Institut der Hausärzte mehr in Blüte war, als jetzt. Der alte Hausarzt kannte alle Familienmitglieder von klein auf, die erblichen Verhältnisse der Familie und genoß das größte Vertrauen. Somit war er der natürliche Berater. Obiges geht dem jetzigen Arzt meist ab, auch dem Spezialisten, der dafür jedoch eine große Erfahrung in Vererbungsangelegenheiten überhaupt besitzt. Ihm wird auch leidliches Vertrauen entgegengebracht. Da nun das gebildete Publikum durch die Presse, die Romane, das Theater usw. so viel von Vererbung und ihren traurigen Folgen hört und dadurch einigermaßen aus der Ruhe gebracht wird, so ist es nicht zu verwundern, daß jetzt sehr wahrscheinlich mehr Ratschläge in Ehesachen — und zwar vorwiegend bei Spezialisten — eingeholt werden als früher, natürlich nur in den oberen Schichten. Wieviel der Ratschläge wirklich befolgt werden, ist freilich unbekannt, dürfte aber zu wissen jedenfalls sehr deprimierend sein. Denn

Geschlechts usw. fast stets fehlt. Wichtig erscheint es hierbezüglich auch, worauf *Wagner* zuerst aufmerksam machte, daß von den Normalen noch eine größere Anzahl untersucht werde als von den Kranken.

¹⁾ Siehe meine frühere Arbeit. Ferner: *Näcke*, Eheverbote. Arch. f. Kriminalanthropologie usw., 22. Bd., 2. u. 3. Heft.

Affektwerte aller Art spielen bei Eheprojekten die Hauptrolle und lassen Vernunftgründe sicher meist unbeachtet. Mußte ja der Fragesteller sogar erfahren, daß man nie von einer absolut sichern Vererbung bei den Psychosen reden kann, nicht einmal bei Schwachsinn! Das aber gerade wollten gewiß viele hören. Nun können sie ja mit gutem Gewissen ihren Sonderwünschen folgen und heiraten. Geht es schief, dann tröstet man sich damit, daß der Arzt die Vererbung der Krankheit auch nicht sicher behaupten konnte, ihm, dem Konsulenten, folglich kaum ein Vorwurf erwachse. Und ein solches Râsonnement ist leider menschlich!

Im konkreten Falle wird sich der Arzt natürlich der vollen Verantwortlichkeit seiner Aussprache wohl bewußt sein und sein ganzes Wissen und seine Erfahrung mit der nötigen Kritik in den Dienst einer guten, einer sozial wichtigen Sache: der sachgemäßen Beurteilung aller einschlägigen Verhältnisse, stellen. Der Fragesteller wird sich aber oft kein richtiges Bild von der Größe des eventuellen Risikos machen können, da die beliebten Ausdrücke: große, mäßige, geringe Gefahr, große oder geringere Wahrscheinlichkeit und ähnliche Worte, im allgemeinen doch zu vag sind. Dies hat man auch sehr richtig in einem großen Gebiete begriffen: das immer mehr Bedeutung gewinnt: in der Unfallspraxis. Man hat deshalb sehr bald darauf gedrungen, an Stelle jener vagen Schätzungen greifbare Zahlenverhältnisse zu setzen, mochte ihnen auch noch so viel Subjektives anhaften. Und die Praxis hat sich dabei wohlbefunden! Erst tastend ging man ans Werk. Man ward durch die Erfahrung immer kühner und konnte schließlich förmliche Skalen für die Grade der Arbeitsunfähigkeit aufstellen. Einen ähnlichen Weg glaube ich nun — wohl als erster — für das Heiratsrisiko bei irgend einer Krankheit empfehlen zu können und habe ihn kürzlich in psychiatricis wirklich beschritten. Wie ich dabei im einzelnen verfuhr, soll folgender Fall zeigen:

Ein wohlhabender Herr X. wollte sich gern mit Fräulein Y. verehelichen. Er wußte, daß ein Bruder derselben als schwer geisteskrank in meiner Behandlung war, und kannte noch weitere Daten. Er wollte nun wissen, ob das Eheprojekt abzuweisen sei oder nicht. Ich machte ihm zunächst klar, daß hier zwei Hauptpunkte zu besprechen seien: 1. die Gefahr für Fräulein Y selbst, später einmal geistig oder schwer nervös zu erkranken, und 2. die

Gefahr für die Nachkommenschaft wegen möglicher Vererbung einer Geistes-
 der Nervenkrankheit. Die Größe von Nr. 1 hinge von der Anamnese des
 räulein Y. ab, die von Nr. 2 zugleich von der des Heiratskandidaten. In beiden
 allen müsse aber außer der Anamnese bez. eines Vorhandenseins der sog.
 erblich belastenden Faktoren noch die persönliche Veranlagung von X. resp.
 von X. und Y. untersucht werden. Das Milieu endlich sei zu berücksichtigen.
 letzteres war von beiden Personen ein scheinbar gutes. Vielleicht hatte die
 Erziehung bei Fräulein Y. etwas zu wünschen übrig gelassen, da der Vater frühzeitig
 verstarb und die Mutter mit mehreren Kindern allein dastand. Bezüglich der
 Anamnese ergab sich aus dem Fragebogen, daß der Vater von Fräulein Y.
 an Apoplexie gestorben, der Großvater (welcher?) „rheumatisch“ erkrankt und
 ein verstorbener 15 jähriger Bruder von Fräulein Y. geistesschwach gewesen
 war. Ihr zweiter, in meiner Behandlung stehender, zurzeit 27 Jahre alter
 Bruder war schon auf der Schule eigentümlich gewesen, zuletzt menschen-
 feindlich und hatte auch zeitweis Zwangsgedanken gehabt, wie Patient selbst
 angab. Auf der Hochschule klappte er plötzlich zusammen. Es ging nicht mehr
 um das Lernen, auch nicht in einem fernabliegenden Berufe, und er mußte in
 eine Irrenanstalt wandern. Hier prägte sich immer mehr das Bild der Dementia
 praecox paranoides heraus mit allen möglichen Tics, Stereotypien, Negati-
 vismen, Selbstmordideen und -versuchen, vielen Halluzinationen, Zwangs-
 vorstellungen und -handlungen aller Art und einer Reihe von paranoiden Wahn-
 ideen. Depression herrschte meist vor, öfter mit Sünden- und negativistischem
 Wahn einhergehend, hie und da auch mit Größenvorstellungen. Kurz, die
 Prognose ist eine schlechte. Herr X. kannte nun schon seit langem die
 Familie Y. und teilte noch folgende, mir unbekannte Daten mit. Die Mutter
 sei eine kräftige, resolute, sehr tätige Frau, die vorzüglich wirtschaftete,
 wie auch ihre zwei Töchter, welche scheinbar gesund seien. Bei der einen
 sei ihm, dem Herrn X., nur aufgefallen, daß sie leicht blaue und kalte Hände
 und Nase bekäme und leicht errötete. Letzteres sei auch bei der andern
 Schwester, der Braut in spe, der Fall. Der jüngste Bruder endlich lebe zu
 Hause, sei kränklich und wohl geistig schwach. X. selber, ein hochgebildeter
 Mann, macht einen etwas nervösen Eindruck und gibt selbst an, nervös zu
 sein, sonst aber gesund. Nie sei er krank gewesen; er trinke fast nicht, habe
 Alkohol schlecht vertragen und habe stets solid gelebt. Soviel er wisse,
 habe in seiner ganzen Verwandtschaft sich kein Fall von Geistes-, Nerven-
 krankheit, Selbstmord, Apoplexie usw. ereignet, und die Eltern seien kern-
 gesund gewesen.

Soweit der Unterbau für die folgenden Erwägungen. Das Milieu ist
 bei X. und Y. so gut wie außer acht zu lassen. Wir haben es also zunächst
 mit Fräulein Y. zu tun. Sie ist in der Tat erblich ziemlich schwer belastet.
 Der Vater starb an Apoplexie, ein verstorbener Bruder war geistesschwach, ein
 noch zu Hause lebender scheint es gleichfalls zu sein, und der dritte leidet
 an Dementia praecox paranoides. Die Mutter, sie selbst und ihre Schwester
 sollen gesund sein. Sie ist aber jedenfalls leicht nervös, da sie schnell rot

wird; ihre Schwester ist es scheinbar noch mehr. Daß der Großvater „rheumatisch“ war, will ich nicht besonders hoch bewerten, mehr schon, daß der Vater an Apoplexie zugrunde ging. Eigentlich gravierend für Fräulein Y. ist jedoch nur der Umstand, daß ihre drei Brüder geisteskrank sind, davon zwei an Schwachsinn leidend (der eine davon wahrscheinlich), der dritte an voranschreitend unheilbarer Dementia praecox paranoides. Diese ganze erbliche Belastung bedingte nach meiner Schätzung ein Risiko von etwa 30—35%, d. h. also Fräulein Y. könnte später einmal mit einer Wahrscheinlichkeit von etwa 30—35:100 geistig oder nervös erkranken. Sollte sie heiraten, so würde sich der Prozentsatz noch etwas erhöhen, da ja besonders die Entbindung das Wochenbett und die Laktation, aber auch Sorge und Kummer eintreten und dann, namentlich bei einer Disponierten, eine Psychose auslösen könnten, die sonst vielleicht gar nicht oder erst später entstanden wäre. Höher als bis zu obiger Ziffer glaubte ich aber nicht gehen zu dürfen, da von eigentlicher Geistes- und Nervenkrankheit in der Aszendenz, bis auf die nicht allzu schwer wiegende Apoplexie des Vaters, nichts vorhanden, die hereditäre Belastung also allein eine kollaterale, wenn auch schwere, war. Bezüglich der Gefahr für die Nachkommenschaft mußten noch einige wenige Prozente hinzukommen, da Herr X. nervös erschien. Ich schätzte also die Gefahr der Übertragung einer Psychose oder schweren Nervenkrankheit für die Kinder auf rund 35—40%. Herr X. schien mit dieser Art der Darlegung in Ziffern sehr zufrieden zu sein und wollte das Heiratsprojekt daraufhin noch überprüfen. Kurze Zeit darauf schrieb er mir einen Brief mit der Mitteilung, daß, wie er unterdes erfahren habe, auch die Großeltern von Fräulein Y. mütterlicherseits nicht gesund gewesen seien. Der Großvater sei an Gehirnblutung gestorben, die Großmutter an Magenverhärtung. Er habe ferner an Fräulein Y. bemerkt, daß sie „Schmerzgefühlen sehr untertan sei“. Er habe ihr wollen eine Warze abbinden, habe es aber unterlassen müssen, weil ihr der Schmerz zu groß war; „immerhin auffällig, wenn man bedenkt, daß hier die Eitelkeit in Frage kommt. Ist das nicht unnormal?“. Darauf antwortete ich ihm, daß Apoplexie als belastendes Moment nicht allzuhoch anzuschlagen sei, besonders nicht beim Großvater; „Magenverhärtung“, also Karzinom, würde von den meisten deutschen Autoren nicht als Belastung angesehen, wohl aber zum Teil von den französischen, denen ich mich hier anschließen möchte. Die übergroße Schmerzempfindlichkeit von Fräulein Y. bestärkte mich endlich noch mehr in der Annahme einer wahrscheinlich ab ovo bestehenden Nervosität. Immerhin könnte ich die im Briefe erwähnten Momente bezüglich eines Risikos auf nicht mehr als 5% taxieren, so daß die Gesamtziffer für die Vererbungsgefahr der Kinder nunmehr etwa 40—45% betragen würde. Was Herr X. noch machen wird, weiß ich nicht. Wahrscheinlich wird aber hier, wie gewöhnlich, der Affekt, d. h. die Liebe oder Spekulation siegen.

Es ist nun einleuchtend, daß das Taxieren des Heiratsrisikos in Prozentzahlen ein ziemlich rohes und sub-

aktives Verfahren darstellt, jedenfalls immerhin ein besseres, als die bisher übliche Art, sich vager Auskünfte zu bedienen. Ich halte daher diese Methode für empfehlenswert und weiter ausbildungsfähig. Je genauer man die Anamnese, die betreffenden Personen und das Milieu kennt, um so mehr wird man die richtige Zahl annähernd treffen, und mehr kann man nicht verlangen.¹⁾ In meinem Falle war die zu erlangende anamnestiche Erhebung leider eine noch sehr unvollkommene, daher kann die gegebene Zahl auch nur als eine recht ungefähre gelten. Dies wird klar, wenn wir uns jetzt einige Punkte näher ansehen, die bei künftigen Fällen in Betracht zu ziehen wären, soweit dies möglich ist.

Daß das Milieu von sehr hoher Wichtigkeit auch für das Entstehen von Geistes- und Nervenkrankheiten und nicht bloß für das Verbrechen²⁾ ist, brauche ich nicht besonders zu betonen. Um dasselbe in seiner wahren Bedeutung kennen zu lernen, muß der moderne Psychiater einen möglichst weiten Horizont zu gewinnen suchen, namentlich bez. der Biosoziologie und den angrenzenden Gebieten. Dann erst wird ihm die rechte Bedeutung der normalen und pathologischen Psychologie klar, und er wird sich bemühen, noch über die Behandlung seiner Kranken hinaus zu wirken, d. h. sozial. Daher habe ich absichtlich mich eine Weile mit der angeblichen Entartung und ihren Symptomen bei unseren Kulturvölkern aufgehalten.³⁾ Gerade der Psycholog

¹⁾ Diem behauptet, daß die Frauen als „geborene Chronisten der Familie“ im allgemeinen mehr Positives bezüglich der Anamnese ihrer Angehörigen anzugeben wüßten, als die Männer, wodurch es geschähe, daß die Frauen mehr belastet erscheinen als die Männer. Dies ist nicht unmöglich. Wir wissen ja, daß die Depositionen der Frauen vor Gericht häufig viel eingehender und klarer sind als die der Männer, leider aber nicht immer so zuverlässig! Das wird man auch bezüglich der anamnestiche Daten nicht vergessen dürfen. Bekannt ist endlich, daß die Frauen dem Arzte ihre Leiden irgendwelcher Art häufig viel besser beschreiben können, als die Männer.

²⁾ Hierbezüglich siehe das großartige Werk von *Bonger*: *Criminalité et causes économiques*. Amsterdam, 1905.

³⁾ Näheres bei *Näcke*, Zur angeblichen Entartung der romanischen Völker, speziell Frankreichs. Arch. f. Rassen- und Gesellschafts-Biologie, Mai 1906.

und Psychiater ist der berufene Soziolog. Für ihn bez. unserer Frage, kommen nun vor allem die Wohnungs-, Nahrungs-, noch mehr aber vielleicht die Familien- und Berufsverhältnisse in Betracht. Bei Disponierten können recht wohl schon hier verschiedene Momente eine Krankheit des Zentralnervensystems herbeiführen oder vorbereiten helfen, namentlich widrige Eindrücke aller Art, nicht zum wenigsten im Familienkreise. Im Gegensatz zu einigen Autoren muß ich gerade solchen akut einsetzenden, noch mehr aber vielleicht den chronisch anhaltenden depressiven Eindrücken auf das Gemüt eine sehr große Wichtigkeit als disponierendes oder die Psychose usw. auslösendes Moment zuschreiben. Darauf führe ich namentlich den so häufigen Ausbruch der *Dementia paralytica*, besonders in den Fällen, wo durch Lues der Boden schon vorbereitet war, zurück.¹⁾ Diese Gemütsdepression braucht jedoch gar keine sehr offenbare zu sein. Verletzte Eitelkeit, Fehlschlagen einer Hoffnung usw. können eventuell so still und doch tief getragen werden, daß selbst die nächsten Angehörigen davon nichts oder nur wenig merken. Das Fehlen einer äußern Reaktion ist also noch lange kein Beweis für ein Fehlen einer solchen Ursache. Andererseits kommt es auch sehr auf die Person selbst an, und es ist deshalb stets an die Möglichkeit einer dissoziierenden Wertung und Reaktion zu denken. Die Ehe selbst bietet aber auch, abgesehen von psychischen Eindrücken aller Art, noch verschiedene Gefahren, besonders für die Frau durch das Fortpflanzungsgeschäft.

Als hauptsächlichste belastende Momente der Erbllichkeit nehme ich mit anderen (z. B. auch *Diem*) vorläufig sechs an: Geisteskrankheit (incl. Idiotismus), Nervenkrankheit (incl. Epilepsie, abnormer Charakter, Apoplexie, Alkoholismus und Selbstmord). Für andere Autoren gibt es mehr oder weniger solcher Faktoren. Alles schwankt zurzeit hier noch hin und her! Anerkannt und wohl immer an die Spitze gestellt wird hier die Bedeutung der

¹⁾ S. hierüber meine verschiedenen Arbeiten bez. der Dem. paral. zuletzt: Erbllichkeit u. Prädisposition usw. bei der progr. Par. in Bosnien, *Neur. Zentralblatt* 1906, Nr. 4.

Psychosen. Freilich sind sie bezüglich der Vererbungsgefahr sehr verschieden, und *Schüle* hat neuerdings dies wieder betont.¹⁾ Darauf will ich deshalb hier nicht näher eingehen. Erwähnt soll aber wenigstens einiges werden. Den übrigen Irrsinnsformen mindestens sehr nahestehend für die Vererbungsgefahr muß ich mit anderen auch die Dementia paralytica erklären, da ich für die meisten Fälle derselben ein ab ovo invalides Gehirn annehme, eine Ansicht, die immer mehr anerkannt wird, wie auch die hohe erbliche Belastung der Paralytiker. Ein sehr böser Faktor bezüglich der Vererbung ist sicher die Epilepsie, noch schlimmer als die Psychosen en bloc. Dementia senilis dagegen scheint weniger in Betracht zu kommen, wie auch *Koller* und *Diem* fanden. Die Bewertung einer Psychose wird wohl verschieden sein müssen, je nachdem dieselbe beim Vater oder der Mutter, vor oder nach der Zeugung des Kindes stattfand.²⁾ Es fragt sich ferner, wie stark sie ausgeprägt war, in welchem Alter sie eintrat, wie der Körper- und Geisteszustand z. Z. der Zeugung war, ob Vater oder Mutter oder gar beide betroffen wurden usw.³⁾ Alles das ist meisterlich von

¹⁾ *Schüle*: Über die Frage des Heiratens von früheren Geisteskranken II. Berlin, *Reimer*, 1905. Siehe auch *Mendel* (später zitiert).

²⁾ *Diem* hält es für ziemlich irrelevant, ob das Kind vor oder nach Ausbruch der Psychose bei Vater oder Mutter erzeugt ward, weil ja immer die Disposition dazu schon da war. Ich kann dem nicht beistimmen. Abgesehen davon, daß vielleicht Irrsinn auch einmal ohne Disposition eintreten kann, wird, meine ich, die vorhandene Disposition durch eine Psychose noch erhöht, das Gehirnleben noch gefährdeter, selbst wenn Heilung eintrat. Deshalb wird a priori ein Kind, nach Ausbruch der Psychose beim Vaterzeugt, mehr Chancen haben, psychotisch usw. zu erkranken, als eins vor dem Ausbruch. Ebenso hat mehr Chancen eins, das kurz nach der Heilung des Vaters gezeugt ward, als wenn mehrere Jahre dahingingen, und der Erzeuger unterdes sich erholen konnte. Das sind übrigens Dinge, die sich wohl beweisen ließen. Vorläufig ist mir hierüber aber noch keine Statistik bekannt! Würde also in unserm oben skizzierten Falle Fr. Y. heiraten, Kinder kriegen und psychisch im Wochenbett usw. nicht erkranken, so hätten die Nachkommen, glaube ich, mehr Chancen, später nicht geisteskrank zu werden, als wenn vorher bei der Mutter Irrsinn ausgebrochen wäre. Dasselbe gilt auch zum Teil bezüglich der Trunksucht.

³⁾ Ob eher oder schlimmer von seiten des Vaters oder der Mutter die erbliche Belastung auf das Kind einwirkt, ist bis jetzt noch nicht sicher-

Mendel kürzlich zusammengefaßt worden.¹⁾ Auch die Gelegenheitsursache ist wichtig. Eine Infektionspsychose (nach Influenza, Typhus usw.) ist weniger gefährlich, als ein Irrsein nach Vergiftung mit Alkohol, Morphin usw., bei denen eine schwere Schädigung des Organismus oder der Keimstoffe oder beider angenommen werden kann. Die Psychosen nach Trauma sind verschieden zu beurteilen. Bezüglich der Nervenkrankheiten gilt überall das nämliche.

Nervenkrankheiten fallen weniger in das Gewicht wie die Psychosen, und *Diem* fand sie sogar im ganzen bei Gesunden²⁾ fast ebenso häufig, als bei Geisteskranken, relativ mehr bei letzteren aber bei direkter Belastung. Ungleich wichtiger erscheinen dagegen die Charakteranomalien, die schon bei der Belastung aller Glieder der Irren eine viel wichtigere Rolle spielen, als bei Gesunden, wie dies namentlich die Zahlen von *Koller* und *Diem* beweisen. Hier gilt es aber doch, recht vorsichtig zu sein, da der Begriff des abnormen Charakters sehr vag ist. Jeder Autor erweitert oder verengt den Rahmen desselben! Wir müssen eine ziemlich große Variationsbreite in der Betätigung des Geistes- und Nervenlebens beim sogenannten Normalen statuieren, also manchen streng genommen pathologischen Zug mit einbeziehen, wollen wir nicht schließlich alle Welt für nerven- und geisteskrank ansehen. Denn bei jedem sogenannten Normalen findet sich irgendwo ein, wenn auch kleiner, „Riß“,³⁾ eine gewisse

gestellt. Manche behaupten, die Mutter wäre hier der schlimmere Teil! Außers wichtig für das künftige Wesen ist aber auch der Zustand der Mutter während der Schwangerschaft.

1) *Mendel*: Geisteskrankheiten und Ehe, in: „Krankheiten und Ehe“. München, Lehmann, 1904. Siehe daselbst auch die ganz vorzügliche Arbeit von *Orth*: „Angeborene, ererbte Krankheiten und Krankheitsanlagen“. Namentlich solche sollen sich diese zu Gemüte führen, die gedankenlos von Vererbung reden, als wenn das eine so einfache Sache wäre!

2) *Diem* möchte vorsichtigerweise statt „gesunde Personen“ sagen: „Personen des freien Lebens, welche noch nie interniert und nie akut psychisch erkrankt waren.“

3) Sehr drastisch sagt der alte *Gutsch* (zitiert von *Jagemann*, Monatsschrift für Kriminalpsychologie usw., 1905, S. 338 ss.): „Wer nur einen psychischen Schnupfen hat, ist als gesund zu führen.“

oziation in der Reaktionsweise, ein Anklang an den „Kontrast-
 akter“, wie *Stadelmann* in seinem geist- und gehaltvollen Buch
 das Wesen der Psychose die „Disposition“ zu Geistes- und
 enkrankheiten nennt. Kontrastcharakter braucht aber nicht
 al dort immer offenkundig zu sein (*Stadelmann* behauptet
 s¹⁾), ja er ist öfter latent, kann sogar scheinbar einmal ganz
 n und in den Nachkommen nicht mehr auftreten, Fälle aller-
 s, die leider in concreto wohl nie strikte beweisbar sind! Man
 nge also jedenfalls nicht zuviel vom Gesunden und bezeichne
 Person erst dann als abnorm, wenn schon deut-
 e geistige und nervöse Symptome pathologischer Art
 reten. Das gemeine Volk hat hierfür oft ein recht feines
 hl. Wollen wir ein Maß haben, so müssen wir den Reaktions-
 hschnitt einer möglichst großen Zahl von Individuen desselben
 schlechts, Alters, derselben Schicht, desselben Orts, derselben
 womöglich auch desselben Berufs, konstruieren und nur das
 abnorm bezeichnen, was darüber oder darunter ist. Man
 t schon hieraus das Künstliche der Konstruktion, und doch
 e sie immer noch richtiger als der einfache vage Ausdruck:
 akteranomalie. Jedenfalls werden die Ansichten hierüber
 allgemeinen viel mehr divergieren, als bezüglich des Irreseins.¹⁾
 t wichtig es speziell hier ist, das Alter zu berücksichtigen,
 t daraus hervor, daß z. B. zur Zeit der Pubertät oder im
 um manches als normal, als physiologisch erscheint, was
 rhalb dieser Zeiten pathologisch wäre. Ebenso, was im
 rperium, im Klimakterium eintritt usf.

Die Apoplexie als belastendes Moment wird verschieden
 ertet, von einigen hoch, von anderen niedrig. *Diem* findet
 im ganzen und auch bei den Eltern von Gesunden häufiger,
 bei den Kranken. Ähnlich *Koller*. Jedenfalls muß man
 ächst bei der Beurteilung der Fälle Herz-, Nieren- und Gehirn-
 en ausschließen. Was die Leute „Gehirnschlag“ nennen, ist
 ein ganz anderes Ding. Für die sichere Diagnose von
 oplexia cerebri kann eigentlich nur das Sektions-

¹⁾ Darauf beruht es z. B. auch sicher, daß die Zahlen für Charakteranomalien
Koller wesentlich höhere sind, als bei *Diem*, der im ganzen die Geistes-
 nken nur etwas stärker als die Gesunden mit solchen belastet fand.

ergebnis oder ein ärztlicher Bericht maßgebend sein beides ist allerdings nur selten zu haben. Die wahre Apoplexie setzt immer eine herabgesetzte Widerstandsfähigkeit der Gefäße voraus, ab ovo bestehend oder später erst erworben. Namentlich geschieht letzteres durch die Arteriosklerose infolge von Alkohol¹⁾ oder andern schädigenden Momenten oder durch früh einsetzendes Senium. Doch müssen wir wohl auch in allen diesen Fällen noch eine gewisse angeborene Disposition postulieren. Die Apoplexie kann also kein gesunden Gefäße betreffen, und sie gilt daher mit Recht als ein belastendes Moment, welches freilich viel weniger wichtig ist, als eine Psychose oder Charakteranomalie. Wichtig wird sie nur bei Häufung.²⁾

Die hohe Bedeutung des Alkohols als belastendes Moment brauche ich nicht erst zu betonen. Wir sehen dies besonders deutlich in den Familien der Idioten, Epileptiker und Entarteten. Meist konkurrieren freilich noch andere Momente, so daß es concreto oft sehr schwer ist, den wirklichen Wert des Alkohols festzustellen, genau so, wie wir dies schon bezüglich der Erzeugung von Geistes- und Nervenkrankheiten durch Alkohol sahen.³⁾ Dazu kommt die höchst subjektive Bezeichnung: Potator. Bei der erblichen Belastung der Psychosen im engeren Sinne scheint dagegen der Alkohol eine geringere Rolle zu spielen. So ist nach den genauen Statistiken von *Koller* und *Diem* die Belastung der ganzen Familie mit Alkohol bei Kranken und Gesunden fast gleich und nur bei direkter Belastung, d. h. also

1) Ganz einwandfrei scheint die Genese der Arteriosklerose durch Alkohol doch nicht zu sein. *Burwinkel* (Ref. Münchener medizinische Wochenschrift 1905, S. 2100) behauptet wenigstens, daß nicht Alkohol Ursache davon sei, seiner Erfahrung nach, sondern die Flüssigkeitsmenge. Daher finde sie sich bei Bier-, nicht aber bei Schnapstrinkern. Auch bei Fettsucht komme sie vor, nicht aber bei schwerer körperlicher Arbeit. Letzteres möchte ich allerdings nicht unbedingt unterschreiben.

2) Zum Beispiel in unserm Falle, wo Großvater und Vater der Fr. V. an Apoplexie starben.

3) Siehe hierüber auch die Bemerkungen in *Näcke*, Der Alkohol als ätiologisches Moment bei chronischen Psychosen. *Irrenfreund* 1895, Nr. 3 und 4.

Wenn man bloß die Eltern berücksichtigt, bei den Geisteskranken doppelt so groß als bei den Gesunden. Bei Feststellung der Trunksucht in der Aszendenz ist es meiner Ansicht nach auch wichtig, zu wissen, ob das Kind vor oder nach dem Auftreten des Potatoriums erzeugt ward, wie groß der Grad der Trunksucht ist, wie die Kinder sich verhalten usw. Dabei müssen wir nicht vergessen, daß wahrscheinlich in den meisten Fällen nur ein dazu Disponierter Säufer wurde. Ne boit qui veut, sagt nicht ist Unrecht der Franzose. Wird der Trinker durch Abstinenz geheilt, so bleibt er nach wie vor natürlich ein Entarteter und wird, wenn er auch weiter abstinent geblieben ist, trotzdem abnorme Kinder erzeugen, obgleich vielleicht nicht so schlimmer Art, als wenn er Säufer geblieben wäre. Deshalb schon wäre es angebracht, auch die abstinenten Trinker vom Zeugungsgeschäfte auszuschließen. Aber wie?

Was endlich den Selbstmord anbetrifft, so kann die Neigung dazu sehr wohl vererbt sein, doch scheint mir in concreto dafür den Beweis zu erbringen sehr schwierig zu sein, selbst wenn der Selbstmord beim Nachkommen zur selben Zeit sich ereignet, wie beim Vater. Jedenfalls ist nicht jeder Selbstmörder geisteskrank, obgleich die meisten sich mindestens in einem abnormen Gemütszustande befinden mögen, wenn sie zur Tat schreiten, und dadurch meist eine gewisse angeborene Minderwertigkeit beweisen. Von den eigentlichen Motiven wissen wir recht wenig Sicheres, und die Statistiken bringen hierüber wenig brauchbares Material. Der Sektionsbefund würde einen wichtigen Anhalt geben, besonders der des Gehirns. Leider findet sich am Gehirne makroskopisch meist nichts Besonderes. Bei dieser Sachlage werden wir gut tun, auf das Moment des Selbstmords als belastenden Faktor vorläufig kein allzu großes Gewicht zu legen, außer wo es gehäuft vorkommt.

Anhangsweise muß ich aber noch einige Punkte erwähnen, die in Frage kämen. Noch weniger Wert für die Belastung als der Selbstmord besitzt im allgemeinen das Vorkommen von Verbrechen in der Familie. Immer mehr bin ich zu der Überzeugung gekommen, daß das Milieu die

Hauptursache des Verbrechens ist, der endogene Faktor dagegen die Nebensache. Nur in gewissen Fällen — von den geisteskranken, epileptischen usw. Verbrechern natürlich abgesehen — tritt das umgekehrte Verhältnis ein, so bei manchen Gewohnheitsverbrechern, wo also der endogene Faktor die Haupt- und das Milieu die Nebensache bildet. Blutsverwandtschaft an sich ist ohne Belang, mehr schon uneheliche Geburt. Viel wichtiger erscheinen mir dagegen als belastende Momente die Lungenphthise, die Karzinose und die sogenannten arthritischen Leiden, Momente, die bei uns meist wenig gelten oder gar ignoriert, in Frankreich dagegen hoch veranschlagt werden¹⁾. So viel scheint sicher — und neuen Statistiken der Fransosen sprechen dafür — daß diese Krankheiten in den Familien von Geistes- und Nervenkranken und Entarteten aller Art häufiger sind, als bei Normalen, und das kann kein bloßer Zufall sein. Es verschlägt dabei wenig, daß das an sich schon so häufige Leiden sind. Man muß sich ja schon a priori sagen, daß alles, was die Körperkonstitution, die Ernährung dauernd herabsetzt, auch die Ernährung und Funktion des Zentralnervensystems und die der Keimdrüsen herunterdrücken muß, wenn nicht, wie es scheint häufig umgekehrt das minderwertige Nervensystem die anderen Leiden erst im Gefolge hat. Bei Phthisikern wenigstens finden sich oft genug allerlei Entwicklungsstörungen und bei Karzinomatösen dürfte ähnliches auch stattfinden. Oder Psychose usw. und

¹⁾ Neuerdings hat auch Jones (Ref. im Alienist and Neurologist, 1905, S. 304) die Phthise für sehr wichtig erklärt. *Dem* dagegen will sie ausgeschlossen wissen. „Etwas anderes wäre es natürlich (schreibt er), etwas den gemeinsamen degenerativen Charakter der Tuberkulose mit den Geisteskrankheiten statistisch belegen zu wollen.“ Nun, wenn die Tuberkulose einen degenerativen Charakter schon an sich trägt oder tragen kann, so sehe ich nicht ein, warum ein solcher nicht übertragen werden und so verändert sein kann, daß in concreto beim Kinde eine Psychose oder Nervenkrankheit entsteht. Für die Wichtigkeit der Tuberkulose als belastendes Moment traten auf dem letzten Kongresse der British Medical Association (nach Ref. in Revue de psych. etc. 1905, p. 437) *Urquhart, Fletcher, Beach* und *Johnston* ein, namentlich bei Imbezillität, Idiotie und den degenerativen Psychosen. *Urquhart* betont ebenso die Bedeutung des Krebses.

anderen Leiden hängen von einer gemeinsamen Ursache ab. Die chronischen Leiden: Gicht, Rheumatismus acutus usw. und anderer-
seits Diabetes können auch zu Psychosen usw. engere Beziehungen
haben und zwar scheinbar auch, wie gesagt, solche erblicher
Art¹⁾. Auch hier dürften sich bei näherem Zusehen Entwicklungs-
störungen usw. oft vorfinden. Ebenso könnten andere Konstitu-
tionskrankheiten eventuell als Belastungsfaktoren auftreten, be-
sonders, wenn sie schon früh, schwer erscheinen und sehr lange
dauern. Bekannt ist vor allem hier der Einfluß der Syphilis,
wobei die näheren Wege unbekannt sind. Jedenfalls erscheint
es in der Anamnese bei Idiotie und Epilepsie sehr häufig, seltener
auch bei den eigentlichen Psychosen, außer bei der Paralyse, wo sie
offenkundig von den meisten zurzeit noch als eigentliche Ur-
sache angesehen wird, von mir und anderen dagegen fast
nur als vorbereitendes Moment und dazu nicht einmal als das
einzige.

Das also wären nur einige Bemerkungen über die ver-
schiedene Bewertung erblich belastender Momente. Bei den
einzelnen Krankheiten spielen natürlich auch der Grad, die
Dauer, die Heil- oder Unheilbarkeit usw. eine große Rolle bezüg-
lich der Belastungsschwere. Wir sehen jedenfalls, wie kom-
pliziert eine halbwegs richtige Beurteilung der Ver-
hältnisse ist, und wie selten wir alle nötigen Unterlagen
zur Beurteilung beisammen haben. Wir müssen uns also
meist mit noch weniger begnügen! Aber mit Obigem ist die
Epikrisis noch lange nicht beschwichtigt. Wenn B auf A
folgt, so sagten wir oben, so ist dies noch kein Beweis, daß A
die Ursache von B sein muß. Wenn also das Kind eines
geistes- oder nervenkranken oder sonstwie entarteten
Vaters (bzw. Mutter) später an gleicher oder an einer
transformierten Krankheit leidet, so ist das noch lange
kein Beweis für eine Vererbung. Vererbt kann ja auch die
Krankheit als solche nie werden, nur die Anlage dazu, und in

¹⁾ Schüle (a. a. O.) will in der Anamnese „eventuell auch konstitutionelle
Erkrankungen, Krampfneurosen, Diabetes, Fettleibigkeit und Gicht“ berück-
sichtigen haben. Tuberkulose zählt er an anderer Stelle mit.

den Vererbungsfällen handelt es sich meist um Transformation.¹⁾ Die sogenannte Vererbung kann ja bloßer Zufall oder Variation sein! Serial, d. h. in einer großen Reihe von Fällen werden wir zwar einen Vererbungsvorgang als sehr wahrscheinlich annehmen können, in concreto aber wohl weniger sicher. Nur dann wird es geschehen dürfen, wenn ein gehäuftes Vorkommen in der Aszendenz, also bei Vater und Mutter, den Großeltern oder den Kollateralen (Onkel, Tante) vorkommt, wenigstens schon, wenn die Kinder oder deren Vettern und Cousinsen erkrankt sind, also in der Deszendenz. Über den näheren Modus uns auszusprechen, ob namentlich „Blastophthorie“, d. h. direkte Schädigung des Keimplasma selbst vorliegt oder nicht, müssen wir erst recht vorsichtig sein, da wir uns hier auf bloßem Hypothesengrund bewegen.

Noch haben wir aber einen wichtigen Punkt zu berühren. Sind wir über das Vorgetragene mehr oder weniger einig, so fragt es sich weiter: sollen wir Ahnentafeln oder Stammbäume konstruieren, d. h. also die Krankheiten usw. in auf- oder absteigender Verwandtschaftslineie erforschen? Es scheint, daß man der Ahnentafel entschieden den Vorzug einzuräumen hat, ohne deshalb aber den Stammbaum zu vernachlässigen. Bei ersterer hat aber ein Hinaufgehen über Eltern und Großeltern hinaus praktisch nur wenig Wert.

¹⁾ Wenn Wagner (siehe bei Diem) die Transformationslehre, d. h. die Lehre von der einheitlichen psychoneurotischen Disposition für einen „Unsin“ erklärt, so läßt sich diese Lehre, glaube ich, mit der spezifischen Disposition für jede Geisteskrankheit, für die ich wiederholt selbst eintrat, recht wohl vereinen. Man kann sich wenigstens vorstellen, daß eine Psychose nicht bloß ihre eigene spezifische Disposition vererben kann, sondern öfters, ja häufiger eine anders geartete, wodurch der Transformismus sich ergeben würde. Schon a priori müßte dies der gewöhnliche Vorgang sein, da ja in der Keimzellenmischung mit dem Partner nur selten die Elemente beieinander bleiben werden, welche eben eine spezifische Disposition ausmachen dürften. Oder anders ausgedrückt: Von der spezifischen Disposition des Vaters z. B. würden die dieselbe bildenden Determinanten (benutzen wir hier einmal Weismanns Sprache!) dissoziiert werden können und entweder schon allein dadurch eventuell einen andern Typus ausmachen, oder aber im Verein mit den weiblichen Determinanten. Das Wie und Warum bleibt uns allerdings verborgen.

ie namentlich *Diem* dies mit Recht betont. *Diem* zeigt aber auch weiter, daß selbst die indirekte Belastung (durch Großeltern, Onkel und Tante) im großen Ganzen ohne Belang ist, daher faktisch vernachlässigt werden kann. Die Eltern sind entscheidend, und sehr wichtig ist auch die kollaterale Vererbung durch die Geschwister der Eltern. War schon, wie wir sahen, in concreto ein absolut sicherer Zusammenhang von Krankheit bei Vater und Sohn sehr schwierig festzustellen, wie viel mehr, wenn es nach rückwärts geht und verschiedene Grade übersprungen werden. Daher ist nichts so hypothetisch wie die atavistische Vererbung, und nur in sehr seltenen Fällen können wir sie so gut wie bewiesen erachten. Wir wissen z. B. genau, von wann und von wem die herabhängende Lippe der Habsburger stammt. Mit geistigen Eigenschaften oder gar einer Psychose usw. ist dies viel schwerer zu demonstrieren. *Kekulé von Stradonitz*¹⁾ behauptet zwar, daß erst durch Johanna die Wahnsinnige in den Stamm der letzten spanischen Habsburger so viel Entartung aller Art eingetreten sei und zwar, weil diese Geisteskranken gehäuft in verschiedenen Ahnenreihen wiederkehrt. Soll das aber wirklich ein Beweis sein? Wenn verschiedener fremder Zufluß in der Aszendenz krank gewesen wäre, so könnte man einen ursächlichen Zusammenhang mit der späteren Entartung wohl annehmen; bei einer einzelnen Person aber, wie dort, wird die Sache sehr fraglich!

Die Kollateralen der Erzeuger, also Onkel und Tante, erscheinen mir mit *Jones*, *Diem* und andern sehr beachtenswert, wovon allerdings *Wagner* nichts wissen will; selbstverständlich auch die eigenen Geschwister. Wie schon gesagt, ist aber auch der Stammbaum, die Deszendenz, nicht zu vernachlässigen, also die Kinder, Neffen und Nichten des Erkrankten, letztere allerdings erst in zweiter Linie. Hier gilt es jedoch ganz besonders skeptisch zu sein, weil wir auch den anscheinend gesunden Teil des Elternpaares nach oben und unten hin in den Verwandtschaftsgraden zu prüfen haben. Aber ist selbst hier nichts oder nur wenig

¹⁾ Siehe das Referat über eine Arbeit von *K.* in dem Archive für Rassen- und Gesellschafts-Biologie, 1905, S. 595.

Verdächtiges, so können doch z. B. Kinder psychisch oder nervös erkranken durch eine schwere Entbindung der Mutter infolge eines engen Beckens oder durch künstliche Deformation des Schädels usw. So gibt es eine Menge von Möglichkeiten, die mit der Vererbung direkt nichts zu tun haben. Jedenfalls spricht im allgemeinen Pluralität der Erkrankung in der Deszendenz, noch mehr freilich in der Aszendenz, für einen Vererbungsvorgang. Andererseits spricht das Fehlen einer Krankheit bei den Kindern usw. noch lange nicht gegen die Vererbungstendenz, da man erst das weitere Schicksal derselben verfolgen müßte, was eben nicht geschieht. Jedenfalls möchte ich aber die Deszendenz nicht von der Betrachtung ausgeschlossen wissen, wie es *Koller* und *Diem* tun.¹⁾

Für den Skeptiker — und der wahre Wissenschaftler muß dies stets sein, wenn er nicht oberflächlich oder irgendwie Fanatiker ist —, gibt es also auch bei der ganzen Hereditätsfrage fast unzählige Steine des Anstoßes, die uns recht bescheiden in unsern Ansprüchen machen sollten. Wir stehen eben erst im Anfange des Anfangs der ganzen Erblchkeitslehre! Es gilt daher doppelt vorsichtig zu sein, besonders wenn wir dieselbe praktisch als Ratgeber in Eheangelegenheiten verwerten wollen.

Kehren wir endlich nach diesen Exkursen zu unserem Falle zurück, so wäre noch kurz einer interessanten Nebenfrage zu gedenken. War ich befugt, da Herr Y. mein Patient war, Herrn X. Auskunft und Ratschläge zu geben? War das nicht eine Verletzung des Amtsgeheimnisses? Ich glaube dies verneinen zu müssen, da Herr X. schon vorher wußte, daß Y. als Geisteskranker und zwar als sehr schwer Leidender hier sich befinde. Es konnte sich also höchstens nur um etwaige Verheimlichung der erblichen Belastung bei Y. handeln, die aber X. zum großen Teile schon kannte. Wäre aber trotzdem eine gewisse Pflichtverletzung zu konstatieren, so glaube ich doch, daß in Kollision mit einer höheren Pflicht, wie z. B. hier: den X. nicht ohne

¹⁾ *Schüle* ist in seinen genealogischen Stammbäumen genau so verfahren, wie ich es darlegte, d. h. also: Berücksichtigung der Aszendenz bis zu den Großeltern, der Kollateralen (Onkel, Tante) und der Deszendenz.

ihre Auskunft eventuell in sein Unglück rennen zu lassen, diese letztere zu entscheiden hat. Das ist auch die Meinung unseres ersten ärztlichen Moralisten *Moll* in Berlin. Es galt in unserem Falle sozial zu wirken und eventuell ein großes Unheil zu verhüten, dem gegenüber die Preisgabe gewisser anamnестischer Daten das geringere Übel ist. Es heißt also in solchen oder ähnlichen Fällen nicht: fiat justitia, pereat mundus, sondern hier muß der Buchstabe der justitia dem Geiste und der Bedeutung des mundus weichen!

Nachtrag bei der Korrektur.

Gegen eine wirkliche Zunahme der Psychosen hat sich neuerdings auch *Rieger* ausgesprochen (a) 2. Bericht [vom Jahre 1905] aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg und b) Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens der unterfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Werneck [1855—1905] 1906, Jena, Fischer). Auch glaubt er nicht, daß heute im allgemeinen viel allgemeiner und viel mehr Alkohol getrunken werde, als früher. Wenn es aber trotzdem so wäre, fährt er fort, „dann würde ich mich erst recht darüber wundern, daß trotzdem so wenige Menschen durch den Alkohol zu Objekten der Psychiatrie gemacht werden“. Und 1902 schon habe er geschrieben, daß in der Krankenhaus-Praxis zu Würzburg die Erkrankungen selten seien, die man mit gutem Gewissen bezeichnen dürfe als akute Anfälle von Delirium tremens alcoholicum oder als chronische Geisteskrankheit aus der Ursache der Alkohol-Vergiftung. An seinen genauen Beobachtungen in Würzburg ist wohl nicht zu zweifeln, und es würde dies dafür sprechen, daß Wein relativ unschädlicher ist, als Bier und Schnaps. Das scheint auch aus den Untersuchungen *Oehlerts* (Der Wein und die Kriminalität. Monatsschrift für Kriminal-Psychol. usw. 1906, p. 705 ff.) hervorzugehen, der nachwies, „daß die deutschen Weingegenden, mit alleiniger Ausnahme der Pfalz und Nordbadens, keinen hohen Prozentsatz von Straftaten aufweisen und auch bei den Rohheitsdelikten zum Teil unter dem Durchschnitt im Reich bleiben“. — *Sikorski* (Ref. im Journal of Mental Pathology, 1905, p. 148) hält $\frac{3}{4}$ — $\frac{2}{3}$ der Selbstmörder für psychisch normal, was wohl übertrieben ist. Auch durch die Statistiken ist die Zunahme der Selbstmorde noch nicht absolut einwandfrei nachgewiesen, trotz der Annahme *Lomers* (Die Beziehungen von Selbstmord und Geisteskrankheit zur Rasse. Polit.-Anthropol. Revue, 1906, p. 28 ff.). — Stets betonte ich, daß das Wort: Entartung ein vielschichtiges und z. Z. noch nicht sicher definierbar sei. Aber „alles, was heutzutage, mit einem enormen Aufwand von Papier, über „Degeneration“

gedruckt wurde“, für „sinnlos“ zu erklären, wie es *Rieger* (l. c. b); ~~er~~ schießt weit über das Ziel hinaus; Entartung ist keine bloße „deklamatorische Phrase“! Richtig dagegen ist seine Anmerkung (b, p. VIII): „Die Redner und Schreiber in Hereditäts- und Belastungsfragen übersehen, ~~sonst~~ ich bemerken kann, eigentlich immer den wichtigsten Punkt, der in dem Satz formuliert ist: *Pater semper incertus*.“ Auch ist nach ihm sogar häufig: *mater incerta*. „Wenn man Hereditäts-Forschungen anstellen will, die einen Wert haben sollen, — dann muß man vorher den kontrollierten Rassenstall einrichten“ (b, p. X). Auf diesen Punkt ist sicher zu wenig bisher geachtet worden. In den niedrigen Kreisen dürfte er noch wichtiger sein, als in den oberen, weil dort uneheliche Kinder häufiger sind. Aber bei großen Reihen von Untersuchungen dürften diese Fehler sich doch bis zu einem gewissen Grade ausgleichen. Schwerwiegender ist es aber bei Untersuchungen über das Aussterben von Linien, weil hierbei die Unehelichen einfach beiseite gesetzt werden, namentlich bei den Genies und der Vererbung von Genie und Talent, und gerade hier sind natürliche Kinder recht häufig und erben sicher öfter auch Talente usw. Dies scheint mir *Reibmayr* (Das Aussterben der talentierten und genialen Familien im Mannesstamme, Polit.-Anthropol. Revue 1906, p. 675 ff.) nicht beachtet zu haben. *Austregesilo* (*Mimetismo nos imbecis e idiotas*, Archivos Brasileiros de Psiquiatria usw. 1906, p. 11) macht wiederum darauf aufmerksam, daß es oft schwer hält, Nachahmung und Vererbung zu trennen. Das erscheint besonders wichtig bez. der Vererbung der Verbrecherneigung, die wohl möglich, aber oft sicher nur scheinbar besteht und vielmehr durch das Milieu erzeugt ist. Bei Kindern von Alkoholikern usw. ist andererseits nicht selten eine Krankheit erst in der Kindheit erworben, die mit Alkohol usw. direkt nichts oder nur wenig zu tun hat. Dies führt mich zu den Ahnentafeln usw. Es ist schwer, solche zu erhalten (abgesehen von der *incertitas paternitatis*), und dann besteht sie gewöhnlich nur aus Namen, da die Charaktere nur sehr selten bekannt sind. Ich kann z. B. meinen Stammbaum rückwärts in direkter Linie vom Vater und von der Mutter aus bis zum Anfange des 17. Jahrhunderts zurückverfolgen, habe aber nur — bloße Namen. Und so geht es meist. Kennt man selbst aber auch Näheres über die entfernten Ahnen, so beweist dies für eine eventuelle Vererbung noch absolut nichts Sicheres, auch wenn dieselbe Person in der Ahnentafel mehrfach vorkommt. Mit der Entfernung der Ahnen nimmt das vererbte Keimplasma immer mehr ab, und die Wahrscheinlichkeit einer Vererbung wird immer geringer. Es hat also wirklich wenig Zweck, über die Großeltern hinaus zu gehen! — Die Wichtigkeit der kollateralen Belastung kann ich durch folgenden Fall klassisch belegen: Ein angesehener Kollege leidet an dem. par.; sein ältester Bruder war arthritisch und starb zuletzt nach kurzem Delirium (näheres unbekannt), ein anderer Bruder an Apoplexie und eine Schwester durch Selbstmord. Obgleich ich nichts von der Aszendenz kenne, so ist diese sehr wahrscheinlich infolge so schwerer Häufung von psychotischen Erscheinungen nicht intakt gewesen.

Der Fall illustriert anderseits weiter die von mir betonte so häufige erb-Belastung der Paralytiker. Der kranke Kollege war außerdem auch abnorme Persönlichkeit. — Für den Zusammenhang von Tuberkulose und Neuropathie scheint auch zu sprechen, daß Lucács (Neurol. Centralbl. 1905, 61) bei 58% der Paralytiker Tuberkulose fand; nach ihm befördert der Ausbruch derselben. Mir scheint sie hier aber mehr sekundär als die trophischen Störungen bei Paralyse entstanden zu sein, und ich habe sie nur selten genug gefunden. Man wird aber wohl in der Anamnese der Paralytiker viel Tuberkulose finden. Ein klassisches Beispiel von Tuberkulose und Neuropathie in einer Familie haben Moriera und Costa (A Paranoia e os syndromas paranoides. Archivos Brasileiros 1905, 1) veröffentlicht.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

118. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin vom 17. März 1906.

Anwesend die Herren: Dr. *Adam*-Herzberge, a. G., *Ascher*-Berlin, *Benda*-Berlin, *P. Bernhardt*-Dalldorf, a. G., *Birnbaum*-Herzberge, a. G., *Bratz*-Wuhlgarten, *M. Edel*-Charlottenburg, *Eicke*-Herzberge, *Emsmann*-Dalldorf, a. G., *Gallus*-Potsdam, *Gock*-Landsberg a/W., *Guttstadt*-Berlin, *Hopf*-Potsdam, *Hübner*-Herzberge, *Juliusburger*-Steglitz, *Junius*-Dalldorf, *Kapff*-Waldfrieden, a. G., *Klipstein*-Dalldorf, *Koenig*-Dalldorf, *Koritikowski*-Dalldorf, a. G., *Kortum*-Herzberge, *Kron*-Berlin, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Max Laehr*-Haus Schönov. *Leubuscher*-Wuhlgarten, a. G., *Liepmann*-Dalldorf, *Loewenstein*-Herzberge, a. G., *Loewenthal*-Berlin, *Matthies*-Dalldorf, *Moeli*-Herzberge, *Möller*-Berlin, *Mucha*-Franz. Buchholz, *Munter*-Berlin, *C. Neisser*-Bunzlau, *Pappenheim*-Berlin, a. G., *Placzek*-Berlin, *Rosbach*-Berlin, a. G., *B. Schaefer*-Charlottenburg, *Schayer*-Wuhlgarten, a. G., *Schmidt*-Wuhlgarten, *Seeger*-Lübben, *Seelig*-Herzberge, *Skierlo*-Potsdam, *Sklarek*-Dalldorf, *Spliedt*-Eberswalde, *van Vleuten*-Dalldorf, *Waldschmidt*-Charlottenburg, *Weiler*-Westend, *Werner*-Dalldorf, *Woltär*-Prag a. G.

Dem Verein sind als Mitglieder beigetreten: Dr. *Skierlo*, Assistenzarzt der Anstalt für Epileptische zu Potsdam, und Dr. *Hübner*, Assistenzarzt der städt. Irrenanstalt Herzberge.

Am Vorstandstisch: *Gock*, *Moeli*.

Vorsitzender: *Moeli*.

Herr *Seelig*-Herzberge: Psychiatrische Erfahrungen an Fürsorgezöglingen.

Die Erfahrungen, die den Ausführungen zu grunde liegen, sind aus der mehrjährigen Tätigkeit als Arzt an dem Erziehungshause für verwahrloste Knaben der Stadt Berlin zu Lichtenberg gesammelt. Seit der im Jahre 1898 von *Mönkemöller* auf Grund des dort gesammelten Materials veröffentlichten bekannten Arbeit über „Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsanstalt“ haben sich verschiedene neue Gesichtspunkte eröffnet, hauptsächlich durch das Inkrafttreten des Fürsorgeerziehungsgesetzes vom 2. Juli 1900. Während früher in der besagten Anstalt größtenteils schulpflichtige Kinder waren, sind jetzt nurmehr schulentlassene Zöglinge, d. h. solche zwischen dem 14. und 21. Lebensjahre dort. In dem Gesetze und dessen Ausführungsbestimmungen

den sich verhältnismäßig wenig Punkte, die der ärztlichen Mitwirkung gekennen. Und doch hat sich diese mit der Zeit als bedeutend herausgestellt und dürfte es immer noch mehr werden. Wenn man bedenkt, daß die Kosten im letzten Jahre auf nahezu 6 Millionen Mark belaufen und 6458 Jugendliche (in den früheren Jahren ca. ebensoviel) überwiesen wurden, erhält man einen Begriff von der Bedeutung dieses Gesetzes.

Die amtliche Statistik der letzten Jahre erwähnt zwar 90,9% als geistig gesund und betont, daß daher die Annahme, daß eine große Zahl geistig minderwertig sei, sich nicht bestätigt. Diese Statistik ist aber nicht verwertbar, weil sie nicht auf Grund von psychiatrischen Erhebungen gewonnen ist. Mit der geistigen Beschaffenheit der Zöglinge und der Beteiligung geistig Abnormaler haben sich *Laquer, Neisser, Kluge, Dannemann, Tippel* u. A. beschäftigt. Auch *Moeli* machte auf die Bedeutung ihrer Unterbringung aufmerksam im Hinblick auf die Vergleichsmöglichkeiten mit den später erforderlichen Maßnahmen zur Unterbringung zurechnungsfähiger Minderwertiger. Aber ein Einblick in die psychische Beschaffenheit der Zöglinge innerhalb der Erziehungsanstalt, so lange sie eben noch nicht in eine psychiatrische Klinik gekommen waren, ist Psychiatern selten möglich gewesen, wie schon *Tippel* hervorgehoben hat. Verhältnismäßig günstige Umstände durch Anstellung eines Psychiaters als Arzt an der Lichtenberger Anstalt ermöglichen dem Vortragenden die sonst gewöhnlich so schwierige psychiatrische Erschließung eines großen Materials von alljährlich über 600 Zöglingen. Unter diesen Zöglingen der Lichtenberger Anstalt befindet sich vom ärztlichen Standpunkte betrachtet eine große Anzahl geistig abnormer verschiedenen Grades. Bei einem kleinen Teile war die Abnormalität derartig, daß Überführung in eine Irren- oder Epileptikeranstalt erfolgen mußte. Auf die Kasuistik dieser geht Vortragender in der vorliegenden Veröffentlichung nicht ein, weil ihm daran liegt, in das psychiatrische Verhalten des im Erziehungshause verbleibenden Gros einen Einblick zu verschaffen.

Es gibt unter den Zöglingen zahlreiche Imbezille, Epileptiker, Psychopathen und Degenerierte in den verschiedensten Abstufungen. Eine zahlenmäßige Festlegung des Verhältnisses zwischen denen, die als sicher krank zu bezeichnen wären, und denen, die sich in der Breite des Normalen halten, hält Vortragender für bedenklich, da bei diesem Material, das ja vor allem Zwischenstufen bietet, Grenzen äußerst schwer zu ziehen sind. Zweifellos aber ist es, daß auch in diesem Gros die Psychopathen einen erheblichen Prozentsatz stellen, der Berücksichtigung erfordert. Es werden diese nach den verschiedenen Abarten und Graden ausführlicher besprochen. Besonders wichtig sind die affektiven Schwankungen und die impulsiven Handlungen, die daraus resultieren. Ein gewisser Teil von Vergehen und anderweitigen Handlungen sind das Resultat der psychischen Konstitution und können nur fachmännisch beurteilt werden. Besonders aufmerksam macht Vortragender auf die zahlreichen Beobachtungen von Erscheinungen, die in das Gebiet der Hysterie fallen, und deren Auftreten sich aus dem Zusammenwirken von Anlage

und Umgebung erklärt. Außerdem kommen auch zahlreiche Erkrankungen des Nervensystems zur Beobachtung, die einen Rückschluß auf die neuropathische Konstitution gestatten.

Die Überweisung in Irrenanstalten ist bei den meisten nicht nötig und wie sich durch die Verhältnisse gezeigt hat, nicht immer zweckmäßig. Besser noch gegebenen Falles die Unterbringung in Epileptikeranstalten. Es sind von denen, die sich psychiatrisch mit der Frage der Fürsorgeerziehung befaßt haben, Vorschläge gemacht worden, die gewiß jeder Psychiater als erstrebenswerte Ziele gutheißen wird, deren Realisierbarkeit in näherer Zeit aber von ihren Urhebern selbst bezweifelt werden mußte. Vortragender erkennt nicht, daß vom psychiatrischen Standpunkte aus, der auch schon hier und da anderwärts geteilt wird, tiefgehende Änderungen erwünscht wären (Jugendgerichte, frühzeitiges Hinzuziehen des Psychiaters, Änderung des Erziehungsmodus und des Anstaltszwanges, überhaupt früheres Eingreifen der Fürsorge). Hier kommt es ihm jedoch darauf an, aus der Praxis heraus auf diejenigen Wege hinzuweisen, auf denen man unter den bestehenden gesetzlich und durch die Judikatur für absehbare Zeit festgelegten Verhältnissen der Verwirklichung idealer Forderungen näher kommen kann. Einzelnes ist bereits durch das Entgegenkommen der Behörden an der Lichtenberger Anstalt in Angriff genommen worden, bedarf aber noch der weiteren Ausgestaltung.

Erforderlich ist:

Sofortige psychiatrische Expertise eines jeden Zöglings unter Zugrundelegung des gesamten Aktenmaterials, Mitwirkung und Kontrolle des Arztes bei der weiteren Fürsorgeerziehung unter Berücksichtigung des Umstandes, daß es sich nicht nur um einen pädagogischen Begriff dabei handelt, sondern auch um eine Fürsorge im weiteren Sinne.

Erwecken von Einsicht in die Ergebnisse der psychiatrischen Forschung und zweckentsprechende Belehrung der beteiligten Faktoren (Vortragender hält an der Lichtenberger Anstalt derartige Vorträge vor dem Erziehungspersonal).

Schaffung einer Möglichkeit, eventuell durch Ausbau der Lazarettabteilung, minderwertige Individuen zu beobachten, zeitweise zu behandeln und über kritische Zeiten durch Anwendung lediglich medizinischer Gesichtspunkte hinwegzubringen (Besondere Abteilung!).

Sammlung von Erfahrungen über das Verhalten der Zöglinge in den verschiedenen Phasen der Fürsorgeerziehung selbst und katamnestischer Angaben. Allerdings haben die diesbezüglichen Bemühungen gezeigt, daß methodische Erhebungen über das spätere Verhalten schwer erhältlich sind. Doch muß diese schon von *Mönkemöller* aufgestellte Forderung immer wiederholt werden. Durchführbar erscheint sie schon jetzt dem Votr. in den Fällen unbedingt, wo frühere Fürsorgezöglinge bestraft werden oder in Anstalten gelangen.

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte wird sich das Gesetz als sozial wirksam auch vom psychiatrischen Standpunkte aus erweisen 1. durch Überwachung derartiger Persönlichkeiten während der Entwicklungsperiode und Aussonderung der Pathologischen im engeren Sinne durch Überweisung in die betreffenden Anstalten, 2. durch Gewinnung von Material zu ihrer Beurteilung und Bewertung auch für ihr späteres Leben ev. zur späteren Erwertung für den Richter, 3. für den Psychiater als ein Feld praktischer Tätigkeit (Prophylaxe) und 4. durch Gewinnung von Anhaltspunkten und Vergleichsobjekten für die Maßnahmen zur Behandlung zurechnungsfähiger Minderwertiger.

Diskussion: Herr Bratz-Wuhlgarten: Unter den Zöglingen der Lichtenberger Zwangserziehungsanstalt, welche sich dort als nerven- bzw. geisteskrank und psychiatrischer Behandlung bedürftig erwiesen, wurden im Laufe der letzten Jahre über 50 der Anstalt Wuhlgarten zugeführt wegen der Art ihres Leidens und mit Rücksicht darauf, daß die Epileptikeranstalt mit ihren zahlreichen offenen Landhäusern, ihren reichhaltigen Beschäftigungsgelegenheiten, ihrem Krankenmaterial für diese Fürsorgezöglinge in mancher Richtung geeigneter erschien als der Aufenthalt in der Irrenanstalt.

Bei 40 dieser Zöglinge konnte durch längere Dauer der Anstaltsbeobachtung, durch Erhebung der Anamnese von den Angehörigen usw. die klinische Beobachtung weiter verfolgt werden. Die Kranken stellten sich danach dar einmal als echte Epileptiker mit Anfällen auch in der Anstalt, als Hysterische, als Imbezille mit Wutanfällen. Über die Hälfte aber des Krankenmaterials gehörte zu einer klinischen Gruppe, auf welche ich mir erlauben möchte, Ihre Aufmerksamkeit zu lenken: Die betreffenden Knaben hatten wohl in der Schulzeit oder Pubertät vereinzelte Anfälle von epileptischem Charakter gehabt, noten aber in der Anstalt bei jahrelanger Beobachtung keine Anfälle.

Erbliche Belastung war bei allen vorhanden, zum Teil recht schwere, die sich intra vitam auch in „Zahnkrämpfen“ zeigte. Ohne weitere Ätiologie wie etwa Infektionskrankheiten, Trauma, Schreck traten in der Schulzeit oder bald nach derselben vereinzelte Anfälle auf, meist als Schwindelanfälle bezeichnet, mit Bewußtlosigkeit, Fall, gelegentlich mit leichten Verletzungen, aber niemals mit Enuresis, kaum jemals mit Zungenbiß. Mehrfach traten, ohne daß Anfälle vorausgehend beobachtet wären, Sinnestäuschungen auf, stunden- bis tagelang, akustischer und optischer Natur. Häufig waren Wutanfälle, in denen die Kranken nach psychischen Erregungen mit dem Kopf gegen die Wand rannten oder Gegenstände zertrümmerten.

Zum Teil gingen diese Wutanfälle mit Sinnestäuschungen und Amnesie einher, so daß man hier wie bei den oben erwähnten halluzinatorischen Perioden an epileptische Äquivalente zu denken genötigt war. Ferner traten Verstimmungen auf, die sich bis zu Beeinträchtigungsvorstellungen steigerten; einmal Selbstmordversuche. Bei allen Kranken dieser Gruppe bestand moralischer Defekt und gemüthliche Übererregbarkeit. Vielleicht dieser Gruppe

sehr nahe stehen 2 Fürsorgezöglinge, die auch in der Anstalt bis zur Dauer von drei Jahren Anfälle epileptischen Charakters darboten, auch nachts, mit Starrkrampf, Bewußtlosigkeit, Zungenbiß. Diese Anfälle hörten aber allmählich völlig auf, und es trat entsprechende Besserung der vorher sehr erregbaren Psyche ein.

Es wird seitens des Arztes der Zwangserziehungsanstalt Lichtenberg Dr. Seelig, zugleich Arzt in Herzberge, beabsichtigt, in Gemeinschaft mit mir das Schicksal sämtlicher psychisch erkrankter Fürsorgezöglinge, sowohl der nach Herzberge wie der nach Wuhlgarten überwiesenen Burschen, in ausführlicher Darstellung zu veröffentlichen.

Zur Gestaltung der Fürsorgeerziehung überhaupt möchte ich mir heute erlauben auf zwei Punkte hinzuweisen;

1. Von großer Wichtigkeit erscheint die Erhebung einer objektiven Anamnese bei den Angehörigen oder bei der sonstigen Umgebung. Da die Anamnese müßte durch den psychiatrisch vorgebildeten Arzt erhoben werden, der die Zöglinge dauernd beaufsichtigt und kennt. Die ärztlicherseits bei der Überweisung in die Fürsorgeerziehung ausgestellten Fragebogen erscheinen mir wie *Tippel* völlig ungenügend.

2. Um ein Urteil über die Wirkung der Fürsorgeerziehung zu gewinnen, scheint es notwendig, das Schicksal derjenigen weiter zu verfolgen, welche nach Ablauf des 21. Lebensjahres aus der Fürsorgeerziehung entlassen sind. Eine entsprechende Ministerialverfügung, welche die Erziehungsanstalten auf diese Aufgaben hinweist, ist bisher ohne praktische Wirkung geblieben. Durch Vermittlung der Waisenräte und unter Mitwirkung des Psychiaters, welcher das einlaufende Material sichtet und, wo nötig, weitere Ermittlungen veranlaßt, muß es möglich sein, auch bei diesem, mit Psychopathen so durchsetzten Menschenmaterial zu einer Katamnese zu gelangen, deren Bedeutung wir neuerdings für die psychisch und nervös Erkrankten immer mehr schätzen gelernt haben. —

Herr Hopf-Potsdam meint darauf hin, daß der berechtigten Forderung der Psychiater nach mehr Einfluß auf die Unterbringung der Fürsorgepflinglinge erhebliche Schwierigkeiten im Wege ständen. Erstens erschwere der Umstand, daß die meisten Pflinglinge teils in Familien, teils in kleinsten Anstalten auf dem Lande untergebracht seien, die Überwachung und Begleitung. Zweitens aber gehe den Leitern der Anstalten zumeist die nötige Erkenntnis, wie wichtig gerade bei Fürsorgepflinglingen die Anwendung psychiatrischer Grundsätze sei, ab. Daß dies so ist, gehe teils aus den Äußerungen der Leiter, teils aus ihren Handlungen hervor. So seien zu Augen des Vortragenden eine Reihe von Pflinglingen gekommen, die noch kurz vor ihrer als nötig erachteten Überführung in die Idiotenanstalt sichtlich schwer gezüchtigt worden waren. Weiter sei der Fall bemerkenswert, daß in einem theologisch geleiteten Magdalenenstift, wenige Kilometer von Berlin, noch vor drei Jahren an jugendlichen, leicht schwachsinnigen Prostituierten der Versuch gemacht wurde, durch stundenlanges gemeinsames Beten den Teufel

auszutreiben. Der Erfolg war ein Hervorrufen von hysterischen Krämpfen mit Obsessionsanfällen. In den Anstalten beruhigten sich die Mädchen bald, und ihr Leiden wurde als Kunstprodukt erkannt. Solche Vorkommnisse lassen eine Forderung als berechtigt erscheinen, daß der Staat verpflichtet sei, eine Centralstelle einzurichten, an der die Leiter von Fürsorgeanstalten von psychiatrischer Seite, etwa in Kursen, auf die Wichtigkeit einer genauen Beobachtung des Geisteszustandes und rechtzeitigen Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe hingewiesen würden, und wo sie sich ein gewisses psychiatrisches „Etwas“ aneignen könnten.

Herr C. Neisser-Bunzlau äußert seine Befriedigung darüber, daß die beiden Hauptforderungen, welche er von Anfang an aufgestellt habe, nun allseits Unterstützung finden: Ärztlich brauchbare Anamnese für alle Fürsorgezöglinge und möglichst umfassende Nachforschungen und statistische Feststellungen über das spätere Ergehen der ehemaligen Zöglinge! Allmählich werde dann die Anerkennung der Vorwendigkeit psychiatrischer Mitwirkung bei der Beurteilung und Behandlung der Fürsorgezöglinge mehr und mehr Wurzel fassen. Vorläufig sei man noch in dem Stadium, vorbereitendes Material zu sammeln, aber daß die Entwicklung der Dinge diesen Weg nehmen werde, sei wohl nicht zu bezweifeln. Viel schwieriger aber ist die Frage zu beantworten, was der Psychiater, wenn seine Mitwirkung zugestanden ist, in Wirklichkeit denjenigen Elementen im Rahmen der Fürsorgeanstalt leisten kann und soll, welche als psychopathische erkannt sind, vorausgesetzt, daß dieselben nicht so krank sind, daß sie anderen ärztlich geleiteten Heilanstalten zu überweisen sind.

Es würde sehr dankenswert sein, wenn der Herr Vortragende hierüber seine Erfahrungen eingehend mitteilen möchte.

Herr Moeli hält es für wichtig, ob die Zöglinge mit pathologischen Eigenschaften in den Anstalten die für sie erforderlichen besonderen Lebensbedingungen, z. B. Art und Maß der Arbeit, Verzicht auf besonders strenge Disziplin, Berücksichtigung des Affektlebens im Umgange usw. finden. Das Zurücktreten auffälliger Abweichungen bei Versetzung in eine andere einige Kilometer entfernte Anstalt kann doch nur der andersartigen Einwirkung der Umgebung beigemessen werden. — Können diese krankhaften Individualitäten zeitweilig in den Anstalten abgesondert und soweit berücksichtigt werden, daß auch ohne Überführung in andere Anstalten Schaden und Störungen vermieden und doch der Zweck der Fürsorgeerziehung erreicht würde? Ist es praktisch, das anzustreben, ev. den Betrieb einer „leichteren“ Abteilung, wenn erforderlich für mehrere Anstalten gemeinsam, in Erwägung zu ziehen?¹⁾

¹⁾ Ohne daß solche Personen allgemein oder der Regel nach vom Militärdienst auszuschließen wären, könnte doch eine Kenntnis derartiger zweifelloser Besonderheiten, soweit sie sich nicht weiterhin verlieren, für die Ersatzkommission recht nützlich sein.

Herr *Seelig* (Schlußwort): Um auf die Schlüsse und Fragen, die an den Vortrag geknüpft worden sind, einzugehen, so läßt sich auf die *Neisser'sche* Frage antworten, daß es vorderhand ja bei den Zöglingen, die in der Erziehungsanstalt verbleiben, noch Aufgabe der pädagogischen Leiter ist, die Art der Unterbringung zu regeln. Wie aus dem erwähnten hervorgeht, haben sie dafür verschiedene Wege. Sie können die Zöglinge in Familien, Lehrstellen und auf das Land entlassen. Dann aber gibt es auch schon im Rahmen der Anstaltserziehung durch die Art der Arbeit usw. Modalitäten und eine gewisse Dosierung. Gerade, daß hierbei allgemeine Berücksichtigung psychischer Mängel und Schwächen gefordert werden muß, daß die Anstalten auch für Beschäftigung im Freien, mit gradweiser Abstufung des Verschlusses und der Freiheitsbeschränkung, sorgen sollen, hat dem Vortragenden den Vergleich *Moelis* mit den für die strafrechtliche Behandlung zurechnungsfähig Minderwertiger gemachten Vorschlägen so zutreffend erscheinen lassen. Darin ist aber nicht nur das geforderte frühzeitige Eingreifen der Psychiater nötig, um eine Aussonderung und um Gewinnung von Grundlagen zu erreichen, sondern auch dauernde Fühlung mit den Zöglingen. Daß dieses zum Teil in *Lichtenberg* geschieht, verhütete wohl am ehesten beim Vortragenden, daß er ähnliche traurige Erfahrungen wie Herr *Hopf* machen mußte. Auch die Mitteilungen des Herrn *Bratz*, dem Vortragender dafür dankt, beweisen um so mehr die Notwendigkeit der im Vortrage hervorgehobenen Einrichtungen und bestätigen einige dort ausgeführte Wünsche. —

Was für die praktische Tätigkeit sich ergeben hat, ist unter anderen eben auch das, daß man sich den folgeschweren Schritt, ein jugendliches Individuum wegen vorübergehender Verschlimmerung in eine Irrenanstalt zu überweisen, doppelt überlegen muß. Darum hält es Vortragender — natürlich unter Berücksichtigung der zurzeit bestehenden Verhältnisse — nicht nur in den Fällen von genuiner Epilepsie, sondern auch bei den auf deren Boden erwachsenen Störungen für am zweckmäßigsten, die befallenen Zöglinge in Anstalten nach Art und Einrichtung der Epileptikeranstalten zu bringen.

Herr *Klipstein-Dalldorf*: Über die hebephrenischen Formen der *Dementia praecox Kraepelins*.

Unter dem Namen der *Dementia praecox* hat *Kraepelin* eine Reihe von geistigen Erkrankungen zusammengefaßt, die neben unwesentlicheren, vorübergehenden und immer nur in einem Teil der Fälle vorhandenen Symptomen wichtigere, in allen Fällen nachweisbare und bleibende Störungen aufweisen, die als Zeichen erworbener geistiger Schwäche aufzufassen sind. Gemüthliche Verödung, Interesselosigkeit, Mangel an geistiger Regsamkeit, Urteils- und Willensschwäche bei Erhaltensein des Gedächtnisses und bei Fehlen grober körperlicher Reiz- und Ausfallsymptome — das sind die Grundstörungen, die uns immer wieder entgegentreten, so oft wir es mit einem Fall aus der Gruppe der *Dementia praecox* zu tun haben.

Um über die außerordentlich große Zahl der Erkrankungen eine Übersicht zu gewinnen, hat *Kraepelin* drei Formen unterschieden:

1. die hebephrenischen Formen.
2. die katatonischen Formen.
3. die paranoiden Formen.

Unter Hebephrenie versteht *Kraepelin* diejenigen Formen der *Dementia praecox*, bei denen sich allmählich oder unter den Erscheinungen einer subakuten, seltener akuten, Geistesstörung ein einfacher, mehr oder weniger hochgradiger geistiger Schwächezustand herausbildet.

Bei der Katatonie handelt es sich um das Auftreten eigentümlicher, meist in Schwachsinn ausgehender Zustände von Stupor oder Erregung mit den Erscheinungen des Negativismus, der Impulsität und Verschrobenheit, der Stereotypie und Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen.

Die paranoiden Formen endlich sind dadurch gekennzeichnet, daß neben den Erscheinungen einer rasch sich entwickelnden psychischen Schwäche unter vollkommener Erhaltung der Besonnenheit Wahnvorstellungen und meist auch Sinnestäuschungen viele Jahre hindurch die hervorstechendste Störung bilden.

Vergleicht man diese *Kraepelinschen* Begriffsbestimmungen miteinander, so ergibt sich, daß die Hebephrenie am unbestimmtesten charakterisiert ist, nur die Entwicklung einer geistigen Schwäche ist als besonderes Merkmal angegeben. Bei der Katatonie müssen die eigenartigen katatonischen Zustände des Stupors oder der Erregung, bei den paranoiden Formen Wahnideen, die unter vollständiger Erhaltung der Besonnenheit viele Jahre hindurch im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen, zum Schwachsinn hinzukommen.

Hieraus ergibt sich, daß die Erkennung der katatonischen und paranoiden Formen leichter ist, als die Diagnose der Hebephrenie. Diese kann sich nach der angeführten Definition nur auf die im Anfang nicht immer unzweideutig hervortretenden Symptome des Schwachsinnens gründen, während bei den katatonischen und paranoiden Formen ein Zuwachs von sehr auffälligen und unverkennbaren Merkmalen die richtige Rubrizierung des einzelnen Falles viel sicherer und leichter macht.

Allerdings heißt es in der Definition der Hebephrenie, daß sich der Schwachsinn auch unter den Erscheinungen einer subakuten oder akuten Geistesstörung entwickeln kann, über die Beschaffenheit der akuten Symptomenkomplexe aber wird gar nichts Näheres angegeben, vermutlich deshalb nicht, weil nichts besonders Kennzeichnendes, was sich in kurzen Worten ausdrücken ließe, vorhanden ist.

Wie aus diesen Darlegungen hervorgeht, ist das Gebiet der Hebephrenie eigentlich nur dadurch in seinem Umfang zu bestimmen, daß man von der ganzen Masse der nach der oben angegebenen Begriffsbestimmung zu der *Dementia praecox*-Gruppe gehörigen Fälle die katatonischen und die paranoiden Formen ausscheidet — was dann übrig bleibt, gehört zur Hebephrenie.

Wenn man — wie dies heute geschehen soll — die hebephrenen Formen für sich allein betrachtet, ist es deshalb zweckmäßig, die Definition *Kraepelin*, von der man natürlich auszugehen hat, zu ergänzen durch Zusätze, in denen die Ausschließung der katatonischen und paranoiden Formen zum Ausdruck kommt. Unter Hebephrenie sollen also diejenigen Formen der *Dementia praecox* verstanden werden, bei denen sich allmählich oder unter den Zeichen einer subakuten, seltener akuten Geistesstörung, aber mit Ausschluß ausgeprägter und lange bestehender katatonischer Zustandsbilder, ein geistiger Schwächezustand entwickelt, der nicht derart mit Wahnideen verbunden ist, daß diese viele Jahre hindurch bei voller Erhaltung der Besonnenheit im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen. Durch diese Fassung ist der Umfang des Krankheitsgebiets der Hebephrenie umgrenzt.

Über die besondere Beschaffenheit der Krankheitsbilder selbst, über die positiven Merkmale, die der Hebephrenie eigentümlich sind im Unterschiede von den anderen Formen der *Dementia praecox*, wird in dieser Definition nichts gesagt. Deshalb müssen wir eine Anzahl der häufigeren Gestaltungen, in denen uns die Krankheit zu Gesicht kommt, näher betrachten und versuchen, klar darüber zu werden, ob die in das oben umgrenzte Gebiet der Hebephrenie fallenden Krankheitsfälle wirklich so viel Übereinstimmendes miteinander haben, daß ihre Vereinigung zu einer Gruppe mehr als eine rein äußerliche Zusammenfassung ist.

Die Erörterung der genaueren Beziehungen, in denen die Hebephrenie zu den beiden anderen Formen der *Dementia praecox* steht, also die Untersuchung der Frage, ob sich die Vereinigung der drei Formen unter einen höheren Begriff rechtfertigen läßt, wird uns weiterhin beschäftigen.

Drittens wird dann das Verhältnis zu einer Anzahl äußerlich ähnlicher Symptomenbilder, die aber innerlich nicht näher mit unseren Fällen verwandt sind, in den Kreis unserer Betrachtungen zu ziehen sein, wir werden differentialdiagnostische Erwägungen anstellen müssen. — Mit einem Wort: die Frage nach dem Zusammenhang der Krankheitsbilder untereinander wird uns in erster Linie interessieren. Auf diesen Punkt werden wir im Verlauf unserer Darlegungen immer wieder zurückkommen müssen.

Die äußere Anordnung des Stoffs soll die sein, daß wir erst die Symptomatologie besprechen wollen, dann den Verlauf, den Ausgang und endlich die Differentialdiagnose.

A. Symptomatologie.

Wir beginnen mit der Schilderung der Symptome. Die einfachste Form, in der die Hebephrenie auftreten könnte, wäre die, daß sich unmerklich beginnend und stetig fortschreitend eine geistige Schwäche entwickelte, ohne daß akute Störungen irgendwelcher Art oder Wahnbildungen und Sinnes-täuschungen das Bild komplizierten. Unter den von mir beobachteten Fällen ist keiner, der dies theoretisch konstruierte Krankheitsbild dargeboten hätte.

immer traten außer den Symptomen der Demenz namentlich im Beginn leichtere akute Störungen auf, stets konnten, wenigstens vereinzelt, Sinnes-täuschungen und Wahnideen festgestellt werden.

Meine Beobachtungen sind nur an weiblichen Kranken gemacht. Es sind über 100 Fälle, die ich untersucht habe. Das Alter betrug bei der Mehrzahl zur Zeit des Beginns der Krankheit 15—25 Jahre. Viele aber standen schon im 4., 5., 6. Jahrzehnt, als die ersten Zeichen des Leidens auftraten.

Ich bespreche zuerst die chronischen, dann die subakuten und akuten Formen.

Unter den Fällen vorwiegend chronischen Gepräges, die wir zunächst ins Auge fassen wollen, gibt es sowohl apathische, schwerfällige, wie gewecktere lebhaftere Kranke.

Bei ersteren ist die gemüthliche Stumpfheit, die Gleichgültigkeit und Teilnahmlosigkeit den Personen und Vorgängen der Umgebung gegenüber von vornherein sehr ausgesprochen. Daneben aber machen sich zeitweise deutliche, wenn auch leichtere Verstimmungen bemerkbar. Die Kranken werden verdrießlich, ärgerlich, sorgenvoll, klagen über Kopfweh, Schmerzen in den Füßen, glauben sich zurückgesetzt, sie weinen mal, dann wieder schimpfen sie. Zu anderen Zeiten sind sie leicht gehoben, vergnügt, erotisch.

Die Klarheit des Bewußtseins, die Ordnung der Gedanken ist dauernd erhalten. Die Kranken verfügen meist über ein gutes Gedächtnis. Neben den wirklichen Erlebnissen aber finden einzelne Erzeugnisse einer bei diesen schwerfälligen Kranken nicht gerade sehr üppig wuchernden Phantasie in der Erinnerung ihren Platz. So erzählte ein Dienstmädchen beim Anblick des Bildes der kaiserlichen Familie, sie habe früher mit einer Freundin öfter ein Moabiter Tanzlokal aufgesucht, dahin seien auch der Kronprinz und Prinz Eitel-Fritz mitunter gekommen.

Während der Perioden der Verstimmung, aber auch in freieren Zeiten treten Halluzinationen auf, die alle fünf Sinnesgebiete betreffen können. Am häufigsten sind wohl Gehörstäuschungen, Gedankenlautwerden stellt sich ein. Halluzinationen des Tastsinnes sind sehr gewöhnlich, seltener Visionen. Beeinträchtigungs- und Überschätzungsvorstellungen fehlen nie, Beziehungs- und Beobachtungsideen sind häufig, Gleichgültiges wird bedeutungsvoll. Symbolisierende Auslegungen, bei denen oft zwischen Symbol und Begriff gar keine innere Beziehung zutage tritt, kommen vor. Eine Kranke, die sich viel mit Heiratsgedanken trug, sagte auf Teile einer Stickereiweisend: „Das ist eine Mutter“, „das ist ein Kind“, „das ist ein Kranz“, aber es bestand nicht die entfernteste Ähnlichkeit zwischen den Stickereifiguren und dem, was sie bedeuten sollten.

Die Wahnideen und Sinnestäuschungen treten in einem Teil der Fälle im Beginn mehr hervor, meist aber von vornherein ganz in den Hintergrund: stets sind sie von Anfang an wenig gefühlsbetont, sie werden in der Regel nicht von selbst geäußert, sondern erst auf eindringliches Befragen nach und nach in gleichgültiger Art kundgegeben, aber nicht etwa planmäßig ver-

leugnet. Die Wahnvorstellungen sind oft unter sich nicht verbunden, miteinander aber hängen sie einigermassen zusammen. Anfänge der Systematisierung finden sich, aber die logische Verknüpfung der Wahnideen untereinander ist doch immer eine lockere, der Kausalzusammenhang wird nur sehr mangelhaft hergestellt. Die halluzinatorischen Wahrnehmungen werden in der Regel als etwas Selbstverständliches einfach hingenommen, über ihre Entstehung wird nicht nachgedacht. Manche Kranke sind im Beginn des Leidens noch soweit geistig rege, daß sie sich beispielsweise die Stimmen durch einen verborgenen angebrachten Fernsprecher, Hautsensationen durch Wirkung von Elektrizität, von Röntgenstrahlen erklären. Aber gegen Einwände pflegen diese Kranken ihre Ideen kaum zu verteidigen, ohne weiteres räumen sie ein, es könne auch anders sein. Es kommt nicht zum Ausbau eines festen, komplizierten Systems fixer Wahnideen, die jahrelang mit Nachdruck vertreten würden. Der Einfluß der Wahnvorstellungen auf das Handeln ist von vornherein gering. Die Kranken sind viel zu träge, um ernstlich ihre Ansprüche geltend zu machen oder mit Entschiedenheit gegen vermeintliche Feindseligkeiten aufzutreten. Sie sitzen oder gehen müßig herum, sprechen und verkehren wenig mit den anderen Kranken, jedes allgemeinere Interesse verliert sich rasch. Allerhand Schrullen bilden sich mit der Zeit heraus. Sie spielen die vornehme Dame, drücken sich sehr gewählt, schief, verschroben aus, bilden neue Worte, verleihen Ärzten und Pflegerinnen höhere Titel.

Das Gegenstück zu den schweisgsamen, in Bewegungen und Entschlüssen langsamen Kranken bilden geschwätzig, lebhaft bewegliche Individuen.

Bei ihnen pflegen die Erinnerungsfälschungen zahlreicher zu sein. Wahnideen werden leichter produziert, sind aber desto flüchtiger, hängen nicht oder nur ganz lose unter sich zusammen. Symbolisierungen sind häufiger. Die Kranken nehmen etwas mehr teil an dem Tun und Treiben der Umgebung, sie sind aber so oberflächlich in ihrem Fühlen, so unbeständig und kraftlos im Handeln, so zerfahren in der Rede und dürftig in ihren Motivierungen, daß sie an Gefühlsverödung, Denkräufgheit und Energieschwäche ihren schwerfälligeren Genossen nichts nachgeben. Von den Angehörigen erfährt man oft, daß die Kranken der einen Richtung immer phlegmatisch und wortkarg, die der andern von jeher redselig und lebhaft gewesen seien. Danach hat man es hier mehr mit einer Verschiedenheit der ursprünglichen Temperamentsanlage zu tun, als mit einander entgegengesetzten Krankheitsformen. Mit dem Fortschreiten des Verblödungsprozesses werden die angeborenen Eigenschaften des Individuums natürlich gegen die Zeichen der Krankheit mehr zurücktreten.

Damit wären die Symptome der schlechend verlaufenden Formen der Hebephrenie kurz geschildert. Für sich allein, d. h. ohne Rücksicht auf ihren Zusammenhang mit andern Symptomenkomplexen betrachtet, könnten die Fälle, bei denen die Sinnestäuschungen und Wahnideen von vornherein gänzlich zurücktreten, als Dementia simplex, die andern, bei denen die Wahnideen wenigstens im Anfang eine gewisse Rolle spielen, als Paranoia chronica mit Schwachsinn bezeichnet werden.

Die subakuten und akuten Zustandsbilder der Hebephrenie lassen sich nach der wechselnden Zahl und Intensität der Krankheitserscheinungen in

1. einfachere, leichtere und
2. zusammengesetztere, schwerere

Formen trennen.

Die zusammengesetzteren Formen unterscheiden sich namentlich dadurch von den einfacheren, daß bei ihnen Sinnestäuschungen und Wahnideen eine Zeitlang, oft während der ganzen akuten Phase, im Vordergrund des Bildes stehen, und daß auch die übrigen Symptome, die Stimmungsveränderungen und die Anomalien der Willenstätigkeit größere Stärke und längere Dauer zu besitzen pflegen.

Bei den einfacheren Formen treten die Sinnestäuschungen und Wahnideen auch in den akuten Phasen viel mehr zurück, fehlen in vielen Fällen fast ganz, die übrigen Symptome erreichen keinen so hohen Grad. Wir teilen die einfacheren Formen ein in

1. Erregungszustände
2. Depressionszustände.

Die hebephrenische oder läppische Erregung gehört seit *Heckers* anschaulicher Schilderung zu den wenigstens in seinen hervorstechendsten Zügen allgemein bekannten Krankheitsbildern, ja der Begriff, der mit dem Namen Hebephrenie verbunden wird, schränkt sich noch heute bei manchen Irrenärzten auf den von *Hecker* beschriebenen Symptomenkomplex ein, und indem man die Entstehung dieses Krankheitsbildes immer noch in enge Beziehungen zu der Pubertätsentwicklung bringt, glaubt man durch die Altersgrenze den Umfang des Hebephreniegebiets weiter einengen zu müssen. Daß wir hier noch andere Zustandsbilder als das der läppischen Erregung in den Hebephreniebegriff mit einbeziehen, daß wir den Begriff auch an keine Altersgrenze gebunden wissen wollen, mit anderen Worten, daß wir uns einfach auf den Standpunkt *Kraepelins* stellen und uns mit ihm um die ursprüngliche Bedeutung, in der *Hecker* die Bezeichnung gebrauchte, wenig kümmern, geht, glaube ich, aus unseren ganzen bisherigen Darlegungen deutlich hervor. Der Name Hebephrenie bedeutet uns weiter nichts als das Wort, das Zeichen für ein bestimmtes Krankheitsgebiet, das wir oben umgrenzt haben.

I. Die hebephrenische Erregung äußert sich in erhöhtem Selbstbewußtsein, in einer Steigerung der Lustgefühle und in Labilität der Stimmung. Die Kranken werden übermütig, lachen den ganzen Tag bei geringfügigen Anlässen oder ohne jeden äußeren Grund. Das Lachen ist bald laut, plötzlich ausbrechend, bald halb unterdrückt, kichernd. Sie sind schalkhaft, necken die Personen ihrer Umgebung gern, neigen dazu, ihnen einen Schabernack zu spielen, oder sie verhöhnen und ironisieren jedermann, dann wieder erscheinen sie verschämt, verlegen, zärtlich, schmeichlerisch, erotisch. Ganz unvermittelt kann die Heiterkeit in Betrübniß umschlagen, die sich in lautem Weinen mit überreichlichem Tränenfluß zu erkennen gibt. Die Äußerungen

der Gefühle sind überhaupt sehr lebhaft, können gar nicht oder nur mit sichtlichcr Anstrengung unterdrückt werden. Bezeichnend ist die Dürftigkeit der Motivierung. Eine Kranke, die plötzlich anfang, schmerzlich zu weinen, erwiderte auf die Frage nach dem Grunde, ihre Großmutter sei gestorben. Seit dem Tode der Großmutter waren aber schon zehn Jahre verstrichen. Die niederen sinnlichen Gefühle der Lust und Unlust werden übermächtig. Das Geschlechtsgefühl tritt mitunter in solcher Stärke auf, daß alle anderen psychischen Vorgänge in den Hintergrund gedrängt werden, daß jedes Wort, jede Bewegung sein unmittelbarer Ausdruck ist. Auch das vermehrte Hungergefühl wird rücksichtslos befriedigt, einfach dadurch, daß die Kranken die Eßwaren, wo sie sie finden, fortnehmen und sogleich verzehren.

Dagegen sind die nützlicheren und höheren Gefühle schon bei mäßigen Graden der Erregung stark geschwächt. Die Ekelgefühle, das Scham-, Taktgefühl, das Mitleid, die Liebe zu den Angehörigen, die religiösen, die ästhetischen Gefühle erscheinen in viel höherem Maße geschädigt, als bei der manischen Erregung.

Die Kranken sind sehr nachlässig in der Haltung, bewegen sich dem Arzt gegenüber so ungeniert wie zu Hause, kratzen sich den Kopf, recken sich auf dem Stuhl herum. Sie sind unsauber, putzen sich zwar gern beraus, aber in geschmackloser Weise.

II. Die äußeren Willenshandlungen sind entsprechend der gesteigerten Intensität vieler Gefühle vermehrt. Die Kranken sind unruhig Tag und Nacht, sie schlafen wenig. Sie plaudern viel in kindischer Tonart, manche aber sind auffallend schweigsam. Bemerkenswert ist das häufige starke Zusammenziehen bald der, bald jener Gesichtsmuskeln, besonders beim Sprechen. Auch die übrige Körpermuskulatur befindet sich in immerwährender Unruhe. Die Kranken rutschen auf dem Stuhl hin und her, wiegen sich, drehen und beugen den Rumpf, heben eine Schulter, wenden den Kopf, stehen auf, drehen sich um sich selbst, setzen sich wieder. Diese allgemeine Vermehrung der in ihrer Ausdehnung häufig übertriebenen Bewegungen, die meist nicht als Ausdrucksformen von Gefühlen und Vorstellungen erscheinen, sondern mehr als einfache gymnastische Bewegungen, dürfte durch abnorme Sensationen unmittelbar verursacht sein. Mitunter erinnern die Bewegungen aber an die Unruhe, die sich in der Haltung junger Mädchen zu erkennen gibt, die in eine gewisse Verlegenheit geraten sind. Auch das verschämte Lächeln, mit denen die Kranken in solchen Fällen ihre Bewegungen zu begleiten pflegen, weist auf den Ursprung aus Gefühlen der angedeuteten Richtung hin.

Die komplizierteren Handlungen entbehren nicht nur der Energie und Ausdauer in höherem Maße als bei der Manie, sondern sind namentlich viel unnatürlicher, zweckloser, einförmiger und unselbständiger. Die Patienten spielen mit Papierfetzen, ziehen ihre Kleider verkehrt an, binden sich Töpfe unter die Röcke, werfen plötzlich das Geschirr vom Tisch herunter, verstecken sich, schlagen harmlose Kranke. Ersucht man sie, ihr Tun zu erklären und zu rechtfertigen, so antworten sie immer ganz unzureichend. Sie leugnen

die Tatsachen einfach ab oder stellen sie ganz anders dar, beschönigen ihre Motive oder geben ein ganz albernnes Motiv an. Eine Kranke hatte eine Scheibe eingeschlagen; auf die Frage, warum sie das getan habe, antwortete sie: „weil die Scheibe schon 100 Jahre alt war“. Sie wiederholen dieselbe Handlung häufig, namentlich mit verbissener Hartnäckigkeit, wenn man sie daran zu hindern sucht. Sie widerstreben oft allem, was man sie heißt, oder was man mit ihnen vornehmen will. Ein anderes Mal zeigen sie äußeren Regungen gegenüber eine erhöhte Willfähigkeit. Was sie die anderen tun sehen, machen sie auch, sie ahmen sklavisch nach, führen mit verblüffender Bereitwilligkeit und Schnelligkeit jeden Befehl aus. In beiden Fällen ist die Unselbstständigkeit, die Unfreiheit, die Schwäche des Willens deutlich. Teilt man mit Wundt die äußeren Handlungen ein in reflektorische, automatische Bewegungen, in Trieb- und Willkürhandlungen, so tritt bei unseren Kranken die höhere Stufe der Willensvorgänge, die der Willkürhandlungen, zurück gegen die niedere der einfachen Willensprozesse, der Triebhandlungen. Die automatischen Bewegungen treten hier noch nicht so sehr hervor, wie bei den katatonischen Formen.

Die meisten der krankhaften Handlungen unserer Kranken charakterisierten sich als Triebhandlungen, d. h. sind nur durch ein Motiv, das sich aus einem Gefühl und der begleitenden Vorstellung zusammensetzt, veranlaßt. Es findet kein Kampf der Motive statt. Die als Triebfedern wirksamen Gefühle, wie Hunger, Liebe, sind dieselben, von denen wir sahen, daß sie in ihrer Intensität erhöht sind.

III. Das Bewußtsein ist meist klar, die Aufmerksamkeit ist viel passiver, unfreier als bei den Manischen, pflegt durch den jeweils stärksten Sinnesreiz oder durch gefühlsstarke assoziativ auftauchende Vorstellungen zwangsmäßig gefesselt zu werden. Das Erwachen alter Erinnerungen geht zwar infolge erleichterter Assoziationen geläufig von statten, aber die Zahl der reproduzierten Vorstellungen ist doch sehr beschränkt, dieselben Erzählungen kehren immer wieder, oft drängt sich immer von neuem eine bestimmte Vorstellung, ein Wort auf. Die Vorstellungsfolge ist eine regellose und besonders durch viele Gedankensprünge, durch zahlreiche Wiederholungen, häufige Rückkehr zum Ausgangspunkt gekennzeichnet.

Der Inhalt und Fortgang der Reden wird etwa bestimmt durch ein gehörtes Wort, durch eine mit derselben assoziativ verbundene passiv auftauchende Vorstellung, durch stehende zum Überdruß wiederholte Redensarten, durch die dem Individuum geläufigsten sprachlichen Wendungen, durch Vorstellungen, die mit den vorherrschenden Gefühlen verknüpft sind. Dem Gedankengang fehlt die leitende Idee, das bewußte Ziel viel mehr als bei der Manie. Die Kranken sind mehr ein Spiel der Vorstellungen, sprechen aus, was ihnen gerade einfällt, unbekümmert darum, ob es in die gegenwärtige Situation paßt, ob es dem Zuhörer überhaupt verständlich sein kann. Sie sind ganz unfähig, sich in der Unterhaltung dem Partner rasch anzupassen, einem verwickelteren Gedankengang zu folgen. Sie ignorieren zunächst völlig

einen von dem anderen geäußerten Gedanken, der nicht mit dem sie momentan beschäftigenden Ideenkreis in enger Verbindung steht, nach Tagen kommen sie auf einmal unvermittelt zum Staunen des Hörers auf die erst unbeachtet gelassene Äußerung zurück.

Die Kranken witzeln gern, haben eine Vorliebe für inhaltleere Wortspielereien, bekritteln alles, widersprechen, verneinen fortwährend, geben immerzu ausweichende Antworten. Dabei tritt eine große Einförmigkeit hervor, das geübte Verfahren ist immer das gleiche, wird nicht der geänderten Sachlage entsprechend modifiziert. Wirkliche Schlagfertigkeit, geistige Beweglichkeit, Scharfsinn fehlt.

Die Kranken können sich also nur ungenügend konzentrieren. Sie verstehen es nicht, durch aktive Aufmerksamkeit zu einem bewußten Zweck schwächere Vorstellungen zu verstärken, starke aber unwichtige zu unterdrücken.

Die leichteren und einfacheren hebephrenischen Depressionszustände sind namentlich im Beginn des Leidens häufig.

I. Die Kranken fangen an, sich unbehaglich zu fühlen, können sich über nichts mehr freuen, verlieren die Teilnahme für ihre Angehörigen, das Interesse an ihrer Arbeit; das Gefühl der Langeweile, des Lebensüberdrußes überwältigt sie, Selbstmordgedanken drängen sich auf. Gegen ihre Umgebung zeigen sie ein mürrisches, gereiztes Wesen, weisen alle Versuche, sie etwas aufzumuntern, mit groben Worten, mit der Drohung, schlagen zu wollen, ab. Andere Kranke sind sehr zaghaft, sehr schüchtern und befangen. Im weiteren Verlauf treten die Affektstimmungen zurück, die Kranken werden ganz gleichgültig, haben keine Wünsche für die Gegenwart, keine Hoffnungen und Sorgen für die Zukunft. Eine wichtige Veränderung ihrer Lage, wie die Verbringung in die Anstalt, berührt sie nur soweit, als sie dadurch an der gewohnten Weiterführung des Lebens gehindert werden. Haben sie sich an die neue Umgebung erst gewöhnt, so sehnen sie sich nicht nach Hause zurück. Der Besuch der Angehörigen löst keine tieferen Gemütsbewegungen bei ihnen aus, kaum, daß sie jene beachten. Nur durch Dinge, die ihr unmittelbares körperliches Wohl und Wehe berühren, z. B. durch Angelegenheiten, die das Essen betreffen, durch einen körperlichen Schmerz, können sie auf kurze Zeit aus ihrer Stumpfheit aufgerüttelt werden. Sie bitten dann spontan um eine Extradät, um ein Heilmittel.

II. Die Willensantriebe sind, selbst auf dem Gebiet des alltäglichen gewohnheitsmäßigen Tuns, stark vermindert. Die Kranken hören auf zu arbeiten, sitzen in den Ecken herum. Sie stehen früh nicht auf, besorgen ihre Toilette nicht, wimmeln bald von Ungeziefer, wenn sie sich überlassen bleiben.

Sie werden äußerst wortkarg, von selbst sprechen sie fast nicht, antworten oft nicht, meist sehr zögernd, mit lakonischer Kürze, jedes Wort muß man mühsam aus ihnen herausholen. Die Stimme klingt oft leise, wie ein Hauch.

III. Auch auf dem Gebiete der Vorstellungstätigkeit macht sich die Passivität geltend. Die Kranken sind unaufmerksam, beobachten nichts. Sie sind zu träge, willkürlich durch Besinnen Erinnerungen wachzurufen, über etwas angestrengt nachzudenken. Die Fragen des Arztes werden demgemäß ganz unzureichend beantwortet, mit Vorliebe sagen sie: „Ich weiß es nicht!“ oder sie verweisen auf Angehörige, die müßten es wissen, oder sie erwidern: „Das steht schon in den Akten!“, das hätten sie früher schon gesagt. Verzetzen sie sich auf Drängen zu einer inhaltreicheren Entgegnung, so antworten sie, was ihnen zuerst einfällt, unbekümmert um die Richtigkeit, um die innere Beziehung der Antwort zur Frage, um den Zusammenhang der Fragen miteinander, um das vom Arzt verfolgte Ziel. Die Antworten sind also ausweichend, unpräzise, unrichtig, sich widersprechend, beziehungslos, nicht zweckgemäß. Sie verschaffen sich selbst keine wahre Aufklärung über die Gründe ihrer Verbringung in die Anstalt, haben an irgend einem Vorwand, den ihnen die Angehörigen gesagt haben, ihr Genüge. Sie geben sich nicht die geringste Mühe, den Arzt dem Zweck seiner Fragen gemäß richtig und gründlich zu orientieren, hören es wortlos mit an, wie er ihre kargen Antworten falsch interpretiert, berichtigen ihn mitunter, aber erst nach längerer Zeit, wenn die Unterhaltung längst auf andere Gegenstände übergegangen ist.

Kurz: Apathie, Passivität, Denkträgheit sind die in allen Fällen und dauernd vorhandenen Merkmale der hebephrenischen Depression, die allerdings vorübergehend durch gesteigerte Intensität der Gefühle verdeckt werden können.

Waren die erörterten Zustände der hebephrenischen Erregung und Depression von verhältnismäßig einfacher und leichter Beschaffenheit, so bietet eine zweite Gruppe subakuter und akuter Krankheitsbilder schwerere und kompliziertere Symptomenkomplexe dar. Zu den bisher beschriebenen Erscheinungen kommen mehr oder weniger zahlreiche Sinnes täuschungen und Wahnideen hinzu, die eine Zeitlang, namentlich im Beginn des Leidens, dominierend hervortreten, es machen sich in vielen Fällen stärkere und anhaltendere Steigerungen der Gefühle geltend, endlich ist auch die Konzentration des Bewußtseins und die ihr entsprechende Vorstellungsfolge hochgradiger gestört. Durch diesen Symptomenzuwachs bekommt das ganze Krankheitsbild ein verändertes Aussehen, meist zeigt es ein ausdrucks volleres und bestimmteres Gepräge. Vorübergehend macht sich größere Verwirrtheit bemerkbar. Von den massenhaften Halluzinationen und den zum Teil flüchtigen, zum Teil aber Monate hindurch festgehaltenen Wahnideen geben die Reden der Kranken unzweideutig Kunde, in Gebärden und Handlungen verrät sich der starke Einfluß, den die Trugwahrnehmungen zeitweise auf Aufmerksamkeit und Willen ausüben. Die Zustände, um die es sich hier handelt, wurden von Kraepelin früher der Gruppe des Wahnsinns zugezählt. Der Name Paranoia subacuta und acuta ist noch jetzt vielfach in Gebrauch, doch werden mit diesem Namen auch hysterische, heilbare affektive und andere Psychosen bezeichnet. Nach den Richtungen der Gefühle kann man depressive, expansive und indifferente Formen unterscheiden. Die wirklich

vorkommenden Krankheitsbilder aber stellen meist Mischungen dieser Zustände dar. Die genaue Kenntnis einer größeren Zahl der hierher gehörigen mannigfaltigen verschiedenen Symptomenkomplexe ist sehr wichtig und bildet eine unerläßliche Bedingung für die diagnostische Fähigkeit. Bei der Kürze mir zur Verfügung stehenden Zeit muß ich mich aber darauf beschränken, nur ganz flüchtig die häufigeren Bilder zu skizzieren.

Eine Anzahl von Fällen mit indifferentem Gefühlszustand, die zu den akuten und nicht zu den chronischen Formen deshalb zu rechnen, weil bei ihnen die Herabsetzung der Willensstätigkeit, die Verminderung des Redens und der Bewegungen eine so auffällige und hochgradige ist, so rasch sich entwickelt hat und so sehr gegen das frühere Verhalten kontrastiert, daß der Charakter einer akuten vorübergehenden Störung unverkennbar ist. Die Symptome pflegen denn auch zu einem großen Teil wieder zu verschwinden. Völlig gleichgültige Stimmung ist selten, namentlich zu Beginn findet sich meist eine leichte Unzufriedenheit, Ärgerlichkeit, ein stiller Groll, deutlich im Gesicht ausgedrückt. Später ist oft kein bestimmter Affekt mehr zu erkennen. Sich überlassen, liegen die Kranken mit abgewandtem oder halbverdecktem Gesicht stumm und fast regungslos zu Bett. Zeitweise wechseln die Teilnahmslosigkeit und Zerstreuung einem aufmerksameren und interessierteren Verhalten. Sie beobachten dann verstohlen die Umgebung, betrachten genau ein Bild an der Wand, die gespannten Mienen, die horchende Stellung weisen auf Halluzinationen hin; deren Vorhandensein wird auf eindringliches Fragen auch oft eingeräumt und nach Überstehen des Stupors bestätigt.

Solange die Willensverminderung sich in mäßigen Grenzen hält, werden auch gelegentlich energische, zweckbewußte Handlungen ausgeführt, die sich mit Sicherheit auf den Einfluß von Stimmen zurückführen lassen. Die Halluzinationen können verschwinden, während die Passivität, der Mutismus bleiben. Vermehrte oder verminderte Spannung der Muskeln, *flexibilitas cerea*, Widerstreben bei allem, was mit ihnen vorgenommen wird, und andere Symptome, wie sie uns ausgeprägter und andauernder beim katatonischen Stupor begegnen, werden in keinem Falle vermißt.

Unter den mit ausgeprägten Stimmungsanomalien einhergehenden zusammengesetzten Zuständen der Hebephrenie scheinen die depressiven die häufigeren zu sein. Das Bild, das die Kranken darbieten, gleicht dem der Melancholie, doch ist die traurige Verstimmung nicht so tiefgehend und so andauernd. Die Gleichgültigkeit, dieser Grundzug der *Dementia praecox*, kommt auch hier immer wieder zum Vorschein. Zu den affektvolleren Zeiten sind die Kranken mehr verdrießlich, wehleidig, als traurig, sie bemitleiden sich selbst, das Mitgefühl für andre wird vermißt, Ärger und Ungeduld, oft mit Mißtrauen und Hohn gegen die Umgebung gepaart, kommen häufig vor. Nach außen hin machen sich die depressiven Gefühle sehr stark bemerkbar durch lautes Aufschluchzen, häufiges Seufzen, reichlichen Tränenfluß. Bemerkenswert ist eine bestimmte Note, die in den Gefühlsäußerungen sich

stend macht, nämlich die des Überschwänglichen, die Vorstellung des übermenschlichen Leidens, das ihnen auferlegt sei. Pathetischer Tonfall der Rede, schauspielerhafte Übertreibung der Gebärden fallen auf. Aus verhältnismäßig ruhiger Stimmung heraus können plötzlich entweder von selbst oder auf einen geringfügigen Anlaß hin Angstaffekte zum Ausbruch kommen, die sich rasch bis zur höchsten Verzweiflung steigern, um etwas allmählicher in ruhigeren Gefühlsverlauf überzugehen. Diese Angstanfälle dauern bisweilen andenkend an mit oft wiederholtem Anschwellen und Absinken des Affekts. Die Äußerungen der Angst sind immer sehr in die Augen springend. Die Kranken zittern am ganzen Leibe, schreien mit gellender Stimme um Hilfe, träuben sich sinnlos gegen jeden Eingriff von außen, wobei die Muskeln sich stark anspannen. Bei größter Intensität des Affekts erschlaffen die Muskeln, die Stimme versagt, nur ein leises Wimmern wird noch vernommen, das Gesicht ist blaß, die Mienen drücken Entsetzen aus. Namentlich im Beginn einer länger dauernden akuten Phase treten die Angstanfälle auf, bisweilen in einem Tage in großer Anzahl. Ungemein bezeichnend ist das ruhige, leichmütige Verhalten kurz nach dem Absinken des Affekts, die geringe Nachwirkung auf den sich anschließenden Vorstellungs- und Gefühlsverlauf.

Unter den expansiven, zusammengesetzten Zuständen gibt es Fälle, die den einfachen hebephrenischen Erregungen gleichen, sich aber durch stärkere Lustgefühle, durch größere motorische Unruhe und Verwirrtheit, durch das Auftreten zahlreicherer, oft absurder und phantastischer Wahnideen als die kompliziertere Erkrankungsform kundgeben. In andern Fällen mit gebobenem Selbstbewußtsein tritt die Stimmungsnuance, die uns schon bei den depressiven Zuständen auffiel, nämlich das Überschwängliche, Außergewöhnliche des Gefühlslebens stark hervor. Die Kranken sprechen im Ton der Verückung, des Jubelns, der Schwärmerei, tiefster Ergriffenheit, hoher sittlicher Entrüstung. Sie dehnen die Worte über Gebühr, sprechen mit rhythmischer Betonung, häufen synonyme Ausdrücke, bedienen sich vieler Antithesen, rhetorischer Fragen. Die Reden der Kranken erinnern an die Deklamationen der Schauspieler, an die Predigten von Geistlichen, die sich starker Ausdrucksmittel bedienen. Das wirklich Kunstvolle freilich fehlt in den rednerischen Ergüssen unserer Kranken.

Das Pathos kann ganz unvermittelt in eine natürliche Sprechweise übergehen, oft besteht eine Disharmonie zwischen begeistertem Ton der Rede und ihrem alltäglichen Inhalt. Häufig kommt es zu Zornausbrüchen, ja zu Wutparoxysmen, deren besondere Merkmale denen der Angstaffekte analog sind. Durch Lappalien werden die Kranken ganz plötzlich in enorme Erregung versetzt, sie schimpfen in unflätigen Ausdrücken, machen schamlose Gebärden, schreien laut, zertrümmern Fensterscheiben, schlagen auf die Personen der Umgebung los, werfen sich zu Boden, strampeln mit den Beinen. Das Gesicht färbt sich dunkelrot, Atemnot stellt sich ein. Aber auffallend rasch beruhigen sie sich, nach kurzer Zeit arbeiten sie wieder und verhalten sich, als ob nichts vorgefallen sei.

II. Bei einer gewissen Stärke der anhaltenderen Gefühle, mögen dies nun in der Richtung von Furcht und Sorge, von Freude und Liebe oder von Haß, Verachtung und Zorn liegen, macht sich ein mäßiger Rede- und Bewegungsdrang geltend. Besteht, was das Gewöhnlichere ist, ein geringerer Grad der Affektstimmung, so bedarf die Willenstätigkeit oft in erheblichem Maße der Anregung, des Anstoßes von außen. Die Kranken liegen bei der Visite unter der Decke; obwohl sie das Kommen des Arztes wohl bemerkt haben, lassen sie ihn eine Weile an ihrem Bett Halt machen, längere Zeit im gleichen Zimmer verweilen, ohne sich zu rühren oder ein Wort von selbst zu sprechen. Auch die ersten Fragen beantworten sie nur kurz, erst nach und nach werden sie reger und beginnen eifrig unter lebhaftem Mienenspiel und mit übertriebenen Gesten fließend zu sprechen. Hören die Antriebe von außen auf, so kommen sie verhältnismäßig rasch wieder zur Ruhe und versinken in ihr altes Schweigen. Manchmal sind die Kranken hartnäckig stumm und können auf keine Weise zum Reden gebracht werden, obwohl sie offensichtlich imstande sind, zu sprechen: sie schweigen mit eigensinnigem Vorsatz.

Im Tun sind die Kranken zeitweilig geordnet, machen Handarbeiten, helfen das Zimmer reinigen. Immer wieder entgleisen sie aber, sei es infolge Abnahme der Bewußtseinskonzentration, sei es infolge krankhafter Willensantriebe. Sie widerstreben dann allem, oder sind übermäßig bestimmbar, machen nach, was sie andre tun sehen, sind unentschlossen, unbeharrlich. Mitten in der Durchführung einer Handlung begriffen, geben sie plötzlich dem Impuls zu einer andren nach. Sie haben einen Hang, in ihrer Kleidung, in der Ordnung der Bettstücke vom Üblichen abzuweichen: sie ziehen die Jacke verkehrt an, legen das Kopfkissen ans Fußende. Sie sind unsauber, zerstören, schlagen. Aber diese Betätigungen sind nicht fortlaufend, die meiste Zeit herrscht Passivität vor.

III. Das Bewußtsein ist selten stärker getrübt, selbst schwache Sinnesreize können meist wahrgenommen und richtig lokalisiert werden. Tatsächlich werden allerdings viele Eindrücke nicht deutlich aufgefaßt. Die Aufmerksamkeit oder die Konzentration des Bewußtseins ist nämlich häufig stark herabgesetzt, die Kranken dämmern dahin und werden eines großen Teils dessen, was am sie herum vorgeht, nicht gewahr. Die Störung der Aufmerksamkeit ist verschieden stark von Fall zu Fall und unterliegt bei demselben Fall erheblichen Schwankungen in der Zeitfolge.

Demgemäß ist der Gedankengang bald geordneter, bald mehr gelockert, wird dann wesentlich durch Sinneseindrücke und assoziativ auftauchende Vorstellungen in seiner Richtung bestimmt. Merkwürdig ist das Vorkommen geordneter und ganz zerfahrener Reden in unmittelbarer Aufeinanderfolge. Die Assoziationsfähigkeit ist bei stärkeren Graden der Erregung erleichtert, alte Erinnerungen erwachen, die Reproduktionstendenz ist dabei vielfach einseitige im Sinne der vorherrschenden Gefühle. Als besonders charakteristische Merkmale sind zu erwähnen: Die Neigung, im Jargon zu sprechen.

schtrabende, fremdsprachige Worte zu gebrauchen, die vielen Wiederholungen, die sinnlosen Reime und Anklänge, die grotesken Gedankensprünge, das ineinandereißen von Worten zu unsinnigen Sätzen, die Verknüpfung sinnvoller Sätze zu einem jeder Logik Hohn sprechenden Ganzen bei Erhaltenheit der grammatikalischen Satzkonstruktion.

Über Zeit, Ort, Personen sind die aufmerksameren Kranken orientiert. Die andern sind mit der Zeitrechnung nur ungenau bekannt, haben über die unzeitliche Situation eine wahnhaft verfälschte Auffassung: „Das Haus ist ein Irrenhaus, der Arzt ein Zuhälter“, meinte eine Patientin, die an dem Wahne festhielt, sie werde des Nachts immer geschlechtlich gemißbraucht. Eine ängstliche Kranke hielt die Anstalt für ein Gefängnis, den Arzt für einen Schreiber. Der Arzt schrieb in dem Momente, in dem die Kranke diese Vermutung über ihren Beruf äußerte, grade an der Krankengeschichte, und lediglich aus der Wahrnehmung dieser augenblicklichen Tätigkeit leitete sie ihr Urteil ab.

Diese nur das Allernächste, momentan Gegenwärtige berücksichtigende Art des Schließens wird häufig beobachtet.

Halluzinationen, die alle fünf Sinne betreffen können, sind bald massenhaft, bald spärlicher vorhanden, rücken in den Vordergrund, treten wieder zurück, geben den Anlaß zur Bildung von Wahnvorstellungen. Diese sind theilweise flüchtig, theilweise mehr fixiert und systematisiert. Physikalischer, exzeller Verfolgungswahn werden beobachtet.

In zwei oder mehreren durch Remissionen voneinander getrennten Anfällen akuter Störung kann man häufig eine verblüffende Übereinstimmung des Inhalts der Sinnestäuschungen und Wahnideen feststellen.

Als direkte oder mehr mittelbare Folge der Halluzinationen sind manche wunderbaren Handlungen der Kranken aufzufassen. Doch würde man fehlgehen, wenn man etwa alle fremdartigen Störungen der Willenstätigkeit auf den Einfluß der Sinnestäuschungen zurückführen wollte. Mit dem Abklingen der akuten Erscheinungen verschwinden auch viele Sinnestäuschungen, andere verblassen, werden nicht mehr als störend empfunden, unbeachtet gelassen. Ja, eine gewisse Einsicht für das Krankhafte dieses Symptoms kann in ruhigerer Zeit Platz greifen.

Die Wahnvorstellungen werden oft überraschend schnell vergessen. Hilft man dem Gedächtnis durch Vorlesen der in der Krankengeschichte aufgezeichneten Einzelheiten nach, so räumen die Kranken wohl ein, etwas derartiges gesagt oder gedacht zu haben, sie verraten aber nur ein sehr mangelhaftes Verständnis für die eigentliche Bedeutung des Phänomens, sie behandeln die ganze Sache mit befremdender Gleichgültigkeit. Die Art, mit der gebesserte Melancholische und Manische von den Halluzinationen und Wahnideen einer verflochtenen schwereren Krankheitsperiode Stellung nehmen, steht sehr zu deren Gunsten von dem Verhalten unserer Kranken ab.

Soviel über die Symptomatologie. Wir kommen nun zum Verlauf.

B. Verlauf.

Die Krankheit beginnt in der Regel längere Zeit, oft mehrere Jahre vor der Aufnahme in die Anstalt. Inzwischen ist mit der ganzen Persönlichkeit eine so auffällige Veränderung vor sich gegangen, daß die Angehörigen meist von selbst über den Unterschied zwischen früher und jetzt ins klare gekommen sind und hierüber unzweideutige Angaben machen. Über den genaueren Zeitpunkt aber, von dem an die Psychose zu datieren ist, erhält man zunächst oft unrichtige Auskunft. Das Krankhafte des Zustandes tritt für die Umgebung vielfach erst zutage, wenn die Erscheinungen eine gewisse Höhe erreicht haben. Die ersten undeutlicheren Zeichen des Leidens werden als Charakterfehler, beispielsweise die Symptome der Depression als Ausdruck der Faulheit, die Zeichen der Erregung als Unarten gedeutet. Man tut daher gut, die Angaben der Angehörigen zu kontrollieren und zu ergänzen durch Einsichtnahme in Dokumente, die von dem Verhalten der Kranken, von ihrer Leistungsfähigkeit in verschiedenen, besonders den jüngst vergangenen Lebensabschnitten Kunde geben. Man verschafft sich die Schulhefte, die Schulzeugnisse, Dienstbücher, Atteste über berufliche Leistungen, Briefe, schriftstellerische, künstlerische Arbeiten und so fort. Es ist oft überraschend zu sehen, wie sich beispielsweise bei Dienstmädchen aus den Dienstbüchern, bei Verkäuferinnen aus den Zeugnissen ihrer Chefs in ganz unverkennbarer Weise ein Zeitpunkt bestimmen läßt, der einen Wendepunkt im Verhalten und der ganzen Lebensführung des Individuums darstellt. Bis zu diesem Moment harren die Personen lange in ihren Stellungen aus, werden als fleißig, zuverlässig, ehrlich, freundlich geschildert. Nach jenem Zeitpunkt wechseln die Mädchen alle Augenblicke ihre Stellung, bekommen in auffallendstem Gegensatz zu früher nur noch schlechte Zeugnisse.

Der Verlauf ist in manchen Fällen mehr schleichend, gleichmäßig, häufiger aber schwankend, durch Steigerung der Krankheits Symptome und Nachlässe charakterisiert. Hat man es mit einem subakuten oder akuten Zustandsbild zu tun, so kann man mit großer Wahrscheinlichkeit voraussagen, daß ein Schwinden eines Teils der Symptome, ein ruhigeres und freieres Verhalten wieder eintreten wird.

Aus einem Zustand chronischen Gepräges kann zwar jederzeit eine akute Störung hervorgehen, doch pflegt in Fällen, die schon jahrelang immer das gleiche ruhige Verhalten dargeboten haben, eine erhebliche Änderung des Verlaufscharakters nicht oder nur für ganz kurze Zeit einmal zu erfolgen. Geringe Schwankungen kommen, wie schon erwähnt, in allen Fällen vor. Stärkere Unterschiede aber in der Beschaffenheit der nacheinander auftretenden Symptomenbilder können wir nur dann erwarten, wenn die oben geschilderten akuten Zustände mit einer gewissen Intensität der Gefühle, mit erheblicher Steigerung oder Verminderung der Bewegungen, mit massenhaften Halluzinationen und Wahnideen einhergehen. Auf die akute Störung folgt dann regelmäßig eine mehr oder weniger weitgehende Remission derart, daß sich die beiden Phasen deutlich voneinander abheben. Es gibt Fälle, in denen

weiterhin keine erheblichen akuten Exacerbationen vorkommen, in denen der Krankheitsprozeß schon nach einem oder nach wenigen Jahren zum Stillstand gelangt zu sein scheint. Häufiger aber folgen auf die erste akute Störung auch kürzerer oder längerer Zwischenzeit weitere Anfälle, so daß man von einem rezidivierenden oder periodischen Verlauf sprechen kann. Die Dauer der Remissionen und die Zahl der Anfälle variiert stark. In mehreren meiner Beobachtungen hielt der erste Anfall einer subakuten, mit Sinnesstörungen und Wahnideen verbundenen Geistesstörung unter beträchtlichen Schwankungen 1—2 Jahre an, es folgte eine Remission von 7, 10 Jahren und darüber, und nun trat der zweite Anfall ein, der dem ersten in vieler Beziehung überraschend gleich, beispielsweise mit genau denselben Sinnesstörungen und Wahnideen einherging.

In einem anders gearteten Fall wurden in einem Zeitraum von Jahren, die seit Beginn der Erkrankung verflossen waren, 6 Anfälle vom Charakter der einfachen hebephrenischen Erregung beobachtet. Der erste Anfall dauerte nur ein Vierteljahr, jeder folgende etwa 6 Monate; die Dauer der Remissionen betrug nach dem ersten Anfall $1\frac{1}{2}$ Jahr, nach dem zweiten bloß $\frac{1}{2}$ Jahr, danach nur 4 oder 3 Monate. Jeder einzelne Anfall setzte sich wieder aus einer Reihe kurz dauernder Exacerbationen und ruhigerer Phasen zusammen.

Hier nahm also mit der Zahl der Anfälle ihre Dauer zu, die Dauer der Remissionen wurde immer kürzer.

In Fällen, die zu sehr schwerer Verblödung führen, ist der Verlauf oft so, daß im ersten Jahr noch eine weitgehende Remission eintritt, später aber trotz starker Verlaufsschwankungen keine nennenswerte Besserung mehr beobachtet wird. Die Zeit, in der noch Exacerbationen und Remissionen vorkommen können, erscheint fast unbegrenzt. Nach dem ersten, nach dem zweiten, ja nach dem dritten Jahrzehnt vom Krankheitsbeginn an gerechnet treten noch Steigerungen und Nachlässe der Krankheitserscheinungen ein. Und solange diese Schwankungen andauern, schreitet die Demenz weiter.

Im Hinblick auf die Frage des Zusammenhangs der Krankheitsbilder untereinander ist die Tatsache wichtig, daß in demselben Erkrankungsfall zwei oder mehrere der von uns geschilderten verschiedenartigen hebephrenischen Zustandsbilder aufeinander folgen können, sei es, daß sich die Symptomenkomplexe mehr allmählich modifizieren oder plötzlich ändern.

Der gleichmäßige Verlauf eines chronischen Krankheitsbildes kann durch das Auftreten eines der akuten Zustände unterbrochen werden. Ein leichteres, einfaches akutes Zustandsbild kann übergehen in ein schwereres, komplizierteres. Einer anfänglichen Phase ängstlicher Verstimmung kann eine Periode der Gehobenheit folgen.

Erregungs- und Depressionszustände wechseln häufig viele Jahre hindurch miteinander ab, es entsteht eine zyklische Psychose. Der zirkuläre Verlaufskarakter ist nicht etwa ein spezifisches Merkmal einer besonderen

Krankheit oder einer Krankheitsgruppe, sondern hat eine allgemeinere Geltung. In allen Psychosen, bei denen die Gefühlsstärke beträchtlich erhöht ist, finden sich diese Schwankungen, die nach dem psychologischen Gesetz der Entwicklung in Gegensätzen von einem Extrem ins andere führen.

Aber nicht nur die ins Gebiet der Hebephrenie fallenden Zustandsbilder können zu mehreren in demselben Fall nacheinander auftreten, sondern es reihen sich auch hebephrenische Bilder und ausgeprägte katatonische Stupor- und Erregungszustände zu einem Krankheitsverlauf aneinander.

Derartige Fälle sind von mir noch dann den hebephrenischen Formen zugerechnet, wenn die schwereren katatonischen Bilder nur episodisch, Tage bis Wochen lang, beobachtet wurden, die längste Zeit über aber hebephrenische Zustände vorlagen.

C. Ausgang, Remission.

Ausgang der Hebephrenie in Heilung konnte in keinem meiner Fälle festgestellt werden. Remissionen aber, mitunter weitgehender Art, wurden häufig beobachtet. Die in den akuten Phasen besonders hervorstechenden Symptome schwinden wieder, es scheint so, als stelle sich der Geisteszustand wieder her, der vor Ausbruch der akuten Störung bestand.

Die läppischen, erregten Kranken werden ruhiger und gesetzter, die schlaffen und trägen frischer und rühriger, die zerfahrenen Kranken sammeln sich wieder, sie reden und schreiben wieder in klarem Zusammenhang, arbeiten wieder mit mehr Ausdauer. An Stelle der erregten und schwankenden Stimmung tritt ein ruhigerer, gleichmäßigerer Gefühlszustand. Die Sinnes-täuschungen und Wahnideen schwinden oder treten doch völlig in den Hintergrund. Die Angehörigen halten jetzt ihre Kranken für geheilt und erwirken ihre Entlassung.

Nimmt man aber kurz, bevor der Kranke die Anstalt verläßt, noch eine genaue Untersuchung des Geisteszustandes vor, so ergibt sich, daß doch noch vieles Krankhafte vorhanden ist, was der flüchtigen Beobachtung entging. Das wird einem noch deutlicher, wenn man weiterhin das Verhalten der Kranken zu Hause über eine längere Zeitstrecke hin verfolgt. Hierzu bot mir das Institut der Familienpflege gute Gelegenheit.

Was mir bei den entlassenen Kranken zunächst auffiel, das ist die Tatsache, daß sich die Schwankungen, die während des Aufenthalts in der Anstalt stark hervorgetreten waren, in abgeschwächtem Grade in die Phase der Remission hinein fortsetzten. Leichte Depressionen, Erregungen und freiere Perioden wechselten auch zu Hause miteinander ab, bis wieder eine stärkere Steigerung der Symptome die Verbringung in die Anstalt notwendig machte.

Von den Krankheitserscheinungen selbst, die man bei den gebesserten oder wie man sagt, mit Defekt geheilten Kranken wahrnehmen kann, seien folgende aufgezählt:

In körperlicher Hinsicht finden sich die Symptome allgemeiner Nervosität, die sich besonders in Zeiten der Depression stark bemerkbar machen. Die Kranken klagen über Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Kopfweh, Müdigkeit, Schwere in den Beinen. Appetitmangel, heißen Kopf, kalte Füße, Schweiß. Beim Fahren in der Pferdebahn bekommen sie Brechreiz, oft werden ihnen schwindlig. Nachts haben sie beängstigende Träume, sie schreien auf, haben in der Schlaftrunkenheit lebhaftes Illusionen und Halluzinationen. Sie vertragen alkoholische Getränke nicht mehr so gut, wie früher. Bei der Arbeit ermüden sie leicht. Objektiv findet sich: Zittern der Zunge und der gespreizten Finger, Steigerung der Sehnenreflexe, weicher, vermehrter, unregelmäßiger Puls, Kälte und leichte Blaufärbung der Hände und Füße, Dermographie, allgemeine Hyperalgesie der Haut.

Charakteristisch sind die psychischen Störungen.

1. Das Gefühlsleben ist lange Zeit noch labil, die Kranken weinen und lachen bei ganz unzureichenden Anlässen. Manche Kranke sind sehr zaghaft, schüchtern, befangen, werden leicht verlegen, fühlen sich bei der Exploration des Arztes unbehaglich, können eindringenden Fragen gegenüber die Zeichen der Ungeduld nicht unterdrücken. Andere sind sehr empfindlich, ärgern sich über die geringste Kleinigkeit, antworten meist im gereizten Ton, sprechen tagelang kein Wort mit ihren Angehörigen. Verheiratete Frauen benehmen sich wie schmallende kleine Kinder. Die unbesiegbare, nach außen gekehrte Mißstimmung, streitsüchtiges und anspruchsvolles Wesen bringt viele Kranke in Konflikte mit ihrer Umgebung und veranlaßt oft ihre Wiederaufnahme in die Anstalt, ohne daß eine eigentliche Exacerbation eingetreten wäre.

Das Selbstgefühl vieler Kranken ist erhöht, die einen zeigen dies auffällig durch gespreiztes, lächerlich wirkendes Auftreten, durch kindische Prahlereien, durch hochmütiges, vornehm tuendes Wesen. Bei andern gibt sich die Gehobenheit nur in einer komischen Selbstgefälligkeit kund, mit der sie sich ihrer Leistungen, ihres Ansehens bei Arzt und Oberpflegerin zu rühmen pflegen. Von ihren Mitkranken sprechen sie mit leichter Geringschätzung. Für fremde Leistungen haben sie keine genügende Anerkennung. Hand in Hand mit der Selbstüberschätzung, die sich fast immer in bescheidenen Grenzen hält, gehen Gefühle der Beeinträchtigung. Die Patienten glauben sich gegen ihre Mitkranken zurückgesetzt, vom Arzt nicht genügend beachtet. Überschwänglichkeit der Gefühle ist häufig noch angedeutet, von alltäglichen Dingen sprechen manche Kranke im Ton hochgespannten Interesses: ihre Besorgnisse um ihre Gesundheit, ihre Freude über eine kleine Besserung des Befindens geben sie mit den übertriebensten Ausdrücken in pathetischer Weise kund. Aber die Tiefe und Nachhaltigkeit der Gefühlsregungen wird vermißt. Der Interessenkreis ist gegen früher stark eingeeengt, nur körperliches Wohlbefinden, gutes Essen und andere Sinnengenüsse werden noch mit Eifer erstrebt. Der geringfügigsten gesundheitlichen Störung wird die größte Wichtigkeit beigelegt, die Kranken legen

sich sofort zu Bett, verlangen Extraessen, Medikamente. Die gemüthlichen Beziehungen zu Angehörigen, zu anderen Menschen überhaupt, das feinere Anstands- und Schicklichkeitsgefühl, die Regungen des Mitleids, der Dankbarkeit, des Ehrgefühls sind stark abgestumpft.

II. Was die Störung der Willenstätigkeit anbetrifft, so sind viele Kranke auffallend schweigsam und langsam in ihren Bewegungen, andere zeigen eine zerfahrene Schwatzhaftigkeit und hastige Unruhe. Erstere sind sehr bequem bei der Arbeit, müssen unablässig angetrieben werden, leisten dann aber Zufriedenstellendes. Letztere sind unstet, arbeiten ohne Aufmerksamkeit, wechseln alle Augenblicke mit ihrer Beschäftigung, bringen wenig zustande. Viele Kranke sind in der Anstalt fleißige und brauchbare Arbeiterinnen. Sie schälen Kartoffeln, stopfen Strümpfe, nähen, plätten, häkeln gut und ausdauernd. Das Beispiel der Mitarbeiterinnen, die Gewohnheit tut bei diesen Kranken sehr viel. Werden die Frauen aber entlassen, und sollen sie nun wie früher, wieder ihre Wirtschaft führen, so versagen sie gewöhnlich. Sie unterlassen dann die Verrichtung notwendiger Arbeiten, tun Überflüssiges, verstehen nicht mit dem Geld umzugehen, sind namentlich unfähig planmäßige Einrichtungen zu treffen, zu disponieren. Im Benehmen sind die Kranken linkisch, unhöflich ohne Absicht, bei unerwarteten Vorkommnissen fassungslos. In ihrer Lebensführung neigen sie zur Pedanterie, alles muß genau nach dem Schema gehen. Eine kleine Abweichung von der gewohnten Ordnung, mag sie nun durch eine Unpünktlichkeit oder ein Versäumnis anderer hervorgerufen oder durch die Umstände geboten und gerechtfertigt sein, erregt immer ihre lebhafteste Entrüstung. Bleiben die Kranken außerhalb der Anstalt sich überlassen, so entgleisen sie regelmäßig, sie verfallen der Trunksucht, der Prostitution, werden Landstreicherinnen, Diebinnen.

III. Auf intellektuellem Gebiet machen sich bei den geringeren Graden des Defekts die ursprünglichen Anlagen noch deutlich geltend. Manche Kranke sind verhältnismäßig geweckt, fassen einfache Dinge sehr schnell und leicht auf, andere sind langsamer und schwerfälliger in der Auffassung. Das Gedächtnis für Erlebnisse aus alter Zeit ist meist gut, besonders werden Namen, Daten, Zahlen oft auffällig rasch und richtig reproduziert. Die Kranken bleiben im Besitz eines großen Theils ihrer Schulkenntnisse, können lange Gedichte geläufig und fehlerfrei aufsagen. Durch Mangel an Übung, der auf ihre Interesselosigkeit zurückzuführen ist, verlieren sie allerdings im ganzen doch mehr als Gesunde. So hatte eine 22 Jahre alte Patientin die Fertigkeit des Schreibens in hohem Grade eingeübt, weil sie nach der Schulzeit nie mehr eine Feder zur Hand genommen hatte.

Auch in jüngerer Zeit erworbene Vorstellungen bleiben haften. Für die Erlebnisse in den schwereren Phasen der Krankheit ist die Erinnerung oft überraschend genau. Die Kranken wissen über ganz unbedeutende Vorkommnisse, die sich in ihrer Umgebung zugetragen haben, wie über viele psychischen Vorgänge, die sich in ihrem Innern abspielten, detaillierte Auskunft zu geben. Manche stark gefühlsbetonte Erinnerungsvorstellungen

drängen sich ihnen besonders leicht in den Blickpunkt des Bewußtseins. Ein Wort einer Pflegerin, oder ein an sich harmloses Geschehnis, über das sie sich seinerzeit ärgerten, wird immer wieder von ihnen vorgebracht. Wichtigere Erlebnisse hingegen werden oft verhältnismäßig schnell vergessen, sei es, daß die Vorstellungen nicht mit dem erforderlichen Maß von Aufmerksamkeit gebildet, also ungenügend fixiert wurden, sei es, weil durch Mangel an Wiederholungen die Fähigkeit des Wiederauflebens der Vorstellungen aufgehoben worden ist. Wenn man allgemein fragt, beispielsweise: „Was haben Sie damals gedacht oder getan?“, „Was ist passiert?“, so erhält man vielfach die Antwort, sie wüßten es nicht mehr. Unterstützt man ihr Erinnerungsvermögen durch Vorlesen von Einzelheiten aus dem Krankenjournal, so stellt sich heraus, daß sie für die meisten Erlebnisse, auch für die während des Höhepunktes der akuten Geistesstörung vorgefallenen, eine ausreichende Erinnerung haben. Aber sie können nicht so frei und willkürlich über ihren Erinnerungsschatz verfügen, wie die Gesunden. Das Willensmoment, vermöge dessen es gelingt, jederzeit nach Bedürfnis bestimmte Vorstellungen in den Blickpunkt des Bewußtseins zu bringen, erscheint geschwächt. Die Kranken können sich nicht rasch und ausgiebig ohne fremde Hilfe auf Erlebtes besinnen. Stärker geschädigt als das Gedächtnis sind die höheren intellektuellen Fähigkeiten, das Denken, Urteilen, Schließen.

Die Kranken scheuen jede geistige Anstrengung, sie denken über nächstliegende Gegenstände nicht nach. Am liebsten reproduzieren sie kritiklos fremde Gedanken, die der Angehörigen, des Arztes. Das Urteil wird dadurch sehr unselbständig und bestimmbar. Auf die Frage: „Weshalb sind Sie in die Anstalt gekommen?“ antworteten sie: „Der Vater meinte, ich sollte mich da erholen“, „weil ich wundte Füße hatte“, „der Doktor hatte mich hergeschrieben“. Mit derartigen oberflächlichen Motivierungen geben sie sich zufrieden; den Dingen auf den Grund zu gehen, entfernteren Ursachen nachzuforschen, haben sie kein Bedürfnis.

Sollen sie im Zusammenhang erzählen, so schweifen sie immer wieder auf Nebendinge ab, kommen gar nicht von selbst auf den Kern. Oder sie bleiben mitten in der Erzählung stecken, liefern ein Bruchstück einer Geschichte, das für sich allein ganz unverständlich ist, erst weiterer Erläuterungen bedürfte. Sie sind nicht imstande, nach Gesichtspunkten zusammenzufassen und zu zergliedern.

Bei den reizbaren Kranken wird das Urteil unverhältnismäßig stark durch den Affekt getrübt. Mit Hartnäckigkeit halten sie an einer einmal gefaßten Meinung fest, verschließen sich eigensinnig gegen die schlagendsten Argumente, die man dagegen vorbringt. Namentlich über eigene Verfehlungen urteilen sie mit einem das übliche Maß weit überschreitenden Mangel an Objektivität. Sie entbehren jeder Selbsterkenntnis. Ist es zwischen ihnen und ihren Angehörigen zu Zerwürfnissen gekommen, so sind sie später völlig außerstande, den Anteil an Schuld, der jeder Partei zukommt, einigermaßen gerecht zu bestimmen. Sie leugnen, beschönigen die eigenen Verfehlungen,

übertreiben maßlos die ihrer wirklichen oder vermeintlichen Widersacher ohne dabei aber tiefere, gemütliche Erregung zu verraten.

So wird die Bildung gründlicher und objektiver Urteile durch die Unfähigkeit unserer Patienten, ihre Gedanken zu konzentrieren, durch ihre erhöhte Beeinflußbarkeit, durch die starke Abhängigkeit vom eignen Affekt durch den Mangel höherer Gefühle, zum Beispiel des Gerechtigkeitsgefühls der sogenannten logischen Gefühle, gehindert.

Die Fälle, die der vorstehenden Schilderung der in den Remissionen hervortretenden Symptome zugrunde gelegt sind, hatten die schwereren Grade der Demenz nicht erreicht. Die Kranken unterhielten noch einen gewissen geistigen Verkehr mit der Umgebung und konnten mit Ausdauer mechanische Arbeiten verrichten. In wenigen der von mir beobachteten Fälle war sogar noch die Fähigkeit zu selbständiger Tätigkeit, die freilich nur geringe Anforderungen an den Geist stellte, erhalten geblieben. Die Kranken besorgten allein eine kleine Hauswirtschaft zur Zufriedenheit des Mannes und der Kinder, sie erwarben sich als Dienstmädchen durch Fleiß und Pünktlichkeit die Anerkennung ihrer Herrschaft.

Aber Eigentümlichkeiten, die vor Ausbruch der Psychose fehlten, blieben doch als Überbleibsel der Krankheit immer bestehen, kleinlicher Eigensinn, Pedanterie, Unvermögen sich mit der Umgebung in ein herzliches Einvernehmen zu setzen.

Die schwereren Endzustände, der hochgradige stumpfe und der agitierte Blödsinn, sind in ihrer Bedeutung nicht zu verkennen, der Zusammenhang der geistigen Vorgänge erscheint aufgelöst, die Persönlichkeit zerfallen.

Ziehen wir das Fazit aus unseren Darlegungen, so haben wir einerseits chronische, kontinuierlich verlaufende Krankheitsformen kennen gelernt, in denen die Demenz von Anfang an deutlich zutage trat, andererseits subakute und akute Krankheitsbilder von remittierendem Verlaufstypus, die sämtlich in mehr oder minder hochgradigen Schwachsinn ausgingen.

In welchen Beziehungen stehen diese verschiedenartig gestalteten Zustände zueinander? Und welches ist ihr Verhältnis zu den katatonischen und paranoiden Formen der Dementia praecox? Überblickt man eine größere Reihe von hebephrenischen Erregungszuständen, die sich alle etwa in der gleichen Phase der Entwicklung befinden, so kann man von den leichtesten und einfachsten Symptomenkomplexen bis zu den schwersten und kompliziertesten alle möglichen Abstufungen feststellen, so daß jede Trennung dieser Formen nur als willkürlich und künstlich erscheint.

Das gleiche gilt von den hebephrenischen Depressionszuständen. Und wenn man weiterhin die schweren Zustände des katatonischen Stupors und der katatonischen Erregung mit ins Auge faßt, so findet man, daß auch diese Formen durch fließende Übergänge mit den hebephrenischen Depressions- und Erregungszuständen verbunden sind.

Man gerät in der Tat oft in Verlegenheit, ob man einen Fall noch der Hebephrenie oder schon der Katatonie zuweisen soll. Von der Wortkargheit, der leisen, hauchenden Sprache und Bewegungsverminderung der Hebephrenen bis zur absoluten Stummheit und Regungslosigkeit der Katatoniker, von der leichten hebephrenischen Unruhe mit übertriebenen Gesten und erfahrener Schwatzhaftigkeit bis zum ununterbrochenen katatonischen Bewegungs- und Rededrang kommen zahlreiche Zwischenstufen vor. Die Symptome sind der Art nach immer dieselben, haben die gleiche Genese, bei der Katatonie sind sie nur dem Grade nach gesteigert, erscheinen daher auffallender und charakteristischer.

Die enge Zusammengehörigkeit der subakuten und akuten hebephrenischen und der katatonischen Zustände wird aber noch schlagender durch die bereits erwähnte Tatsache bewiesen, daß in demselben Fall hebephrenische und katatonische Zustandsbilder aufeinander folgen können.

Eher noch ist innerhalb des Hebephreniegebiets eine Scheidung durchführbar zwischen den subakuten und akuten Formen einerseits und den chronischen Krankheitsbildern auf der andern Seite. Übergänge fehlen aber auch da nicht. Setzt man die chronischen Zustände der Hebephrenie in Beziehung zu den durchweg chronisch verlaufenden paranoiden Formen der *Dementia praecox*, so muß die Paranoiafrage berührt werden. Ganz abgesehen werden soll hier von der sogenannten *Paranoia acuta*; nur unheilbare Psychosen mit Wahnideen, bei denen zwar akute Exacerbationen vorkommen können, die im Grunde aber doch immer chronisch verlaufen, sollen in Betracht gezogen werden. Zur so verstandenen „alten Paranoia“ wären dann zu rechnen die Fälle der Paranoia im Sinne *Kraepelins*, sämtliche paranoiden Formen der *Dementia praecox* und die chronischen Zustände der Hebephrenie, wie sie von mir oben geschildert sind. So handelt es sich bei den Fällen der Paranoia *originaria Sanders* meist um rasch verblödende Hebephrenie (*Kraepelin*, Lehrbuch II S. 609). *Kraepelin* aber hat nach Ausscheidung der hebephrenischen und der paranoiden Formen der *Dementia praecox* — die katatonischen kommen hier weniger in Frage — den Paranoiabegriff auf eine verhältnismäßig kleine Gruppe von Fällen eingeeengt, deren Vorbild die „gut gekennzeichnete“ Form des Querulantenwahnsinns sein soll.

Von unterscheidenden Merkmalen,* die eine Abgrenzung dieser Paranoia von den chronischen Wahn bildenden Formen der *Dementia praecox* ermöglichen sollen, seien folgende angeführt:

1. Die Paranoiker zeigen jahrzehntelang für viele Dinge ein reges Interesse, sie denken nach, verfügen über formale Logik, sind energischer und planmäßiger im Handeln, es fehlen also die Grundstörungen der *Dementia praecox*, die Apathie, die Denkrägheit und Willensschwäche.

2. Bei Paranoia fehlen die eigenartigen Symptome, die am ausgeprägtesten in den katatonischen Formen auftreten, die sogenannten katatonischen Erscheinungen.

3. Die Wahnbildungen der Paranoiker halten sich mehr im Bereich des Natürlichen und Möglichen, sind mehr vorurteilsvolle Deutungen und Kombinationen. Halluzinationen sind bei Paranoia selten und vorübergehend. Die absurden Wahnideen, insbesondere die Ideen der körperlichen Beeinflussung sind der Dementia praecox eigentümlich.

Mit Hilfe dieser differential-diagnostischen Kennzeichen läßt sich indessen meines Erachtens eine Scheidung zwischen Paranoia und Dementia praecox nicht durchführen.

Nach meinen Beobachtungen kommen zahlreiche und langdauernde Sinnestäuschungen, ferner diejenigen Wahnbildungen, die für Dementia praecox kennzeichnend sein sollen, der physikalische Verfolgungswahn, der Besessenheitswahn, die Gedankenübertragung, häufig in Fällen vor, die noch nach jahrzehntelangem Bestehen keine erhebliche Einbuße der allgemeinen Geistesfähigkeiten erlitten haben und auch nie katatonische Erscheinungen darbieten. Andererseits werden in Fällen, in denen sich rasch eine deutliche geistige Schwäche entwickelt, jene eigentümlichen Willensstörungen in unzweideutiger Ausprägung oft genug vermißt.

Der Versuch Kraepelins, die Paranoia als eine besondere Krankheitsform von den chronischen mit Wahnideen einhergehenden Zuständen der Dementia praecox abzugrenzen, kann demnach nicht als geglückt angesehen werden. Rechnet man zur Dementia praecox die von mir als chronische Formen der Hebephrenie geschilderten Krankheitsbilder und die zahlreichen ebenfalls chronisch verlaufenden paranoiden Formen mit ihren festen Wahnsystemen, so bleibt nichts anderes übrig, als auch den Rest der alten Paranoia, die Fälle der Kraepelinschen Paranoia, dieser großen Krankheitsgruppe zuzuweisen. Denn die Übereinstimmungen sind zahlreicher und durchgreifender, als die bis jetzt bekannten Unterschiede.

Will man alle chronischen mit Wahnideen einhergehenden Psychosen scheiden in Fälle, die rasch verblöden, und in solche, die sich viele Jahre hindurch ihre allgemeinen geistigen Fähigkeiten bewahren, so fallen der letztgenannten Kategorie viel mehr Erkrankungen zu, als Kraepelin seiner Paranoia (lange nicht 1 % der Aufnahmen) zugerechnet wissen will. Tatsächlich stehen sich aber diese beiden Gruppen nicht derart scharf getrennt gegenüber, daß auf der einen Seite Unversehrtheit der allgemeinen geistigen Funktionen, auf der anderen Demenz mit katatonischen Symptomen zu verzeichnen wäre.

Vielmehr kommen alle möglichen Übergänge vor. Der Schwachsinn entwickelt sich bald rascher, bald langsamer, erreicht in vielen Fällen hohe Grade, in andern bleibt er dauernd gering. Eine leichte Abstumpfung der höheren Gefühle, eine mäßige Urteilsschwäche findet sich in allen Fällen, auch in denen der Paranoia im Sinne Kraepelins.

Danach würde dem gegenwärtigen Stande meiner Erfahrungen etwa folgende Gruppierung entsprechen:

I. Subakute und akute, durch katatonische Zeichen charakterisierte, remittierend verlaufende Formen, die stets in Schwachsinn ausgehen. Dahin

gehören *Kraepelins* katatonische Formen und die oben geschilderten subakuten und akuten hebephrenischen Zustände [Katatonie in erweitertem Sinne].

II. Chronische Formen mit Wahnideen, die im ganzen schleichend verlaufen, bei denen akute Exacerbationen mehr Episoden darstellen. Dahin sind zu rechnen die chronischen Formen der Hebephrenie, die paranoiden Formen der *Kraepelinschen* Dementia praecox und die Fälle der Paranoia *Kraepelins*. Die chronischen Formen können „künstlich“ weiter geschieden werden in

a) Fälle mit rasch sich entwickelnder geistiger Schwäche [Dementia paranoidea]:

b) Fälle, bei denen die allgemeinen geistigen Fähigkeiten viele Jahre hindurch verhältnismäßig unversehrt bleiben [Paranoia]. Diese Gruppe umfaßt aber außer den Fällen der Paranoia *Kraepelins* noch andere Krankheitsbilder.

Die Grenze zwischen den akuten und den chronischen Formen ist unscharf. Die akuten Störungen sind immer nur als Phasen eines im Grunde chronischen Verlaufs aufzufassen. Bei den chronischen Fällen fehlen akute Veränderungen der Symptome nicht ganz. Der Wert der ganzen Einteilung ist demnach nicht hoch anzuschlagen, sie soll nur die Übersicht erleichtern. Zu einer Zerlegung in „natürliche“ Gruppen fehlen uns noch die Gesichtspunkte.

D. Diagnose.

Die Diagnose gründet sich in erster Linie auf das gegenwärtige Zustandsbild. Doch ist die Entwicklung der Krankheit und der bisherige Verlauf immer mit zu erwägen. Die Erkennung der chronischen Formen ist leicht. In den Remissionen der akut verlaufenden Fälle können auffällige Störungen fehlen. Man ist dann zunächst auf die Anamnese angewiesen und muß weiterhin sorgfältig nach jenen leichteren Defektsymptomen suchen, die oben ausführlich geschildert sind, und die doch manches Charakteristische darbieten.

In den subakuten und akuten Krankheitsabschnitten ist auf die eigentlichen Willensstörungen zu achten, die zwar in den katatonischen Formen im *Kraepelinschen* Sinne am stärksten ausgeprägt sind, aber auch in den akuten hebephrenischen Zuständen mit genügender Deutlichkeit hervortreten.

Angeführt sei die Unfähigkeit, aufsteigende Willensantriebe unterdrücken zu können, das Widerstreben, die gesteigerte Willfähigkeit, die Wiederholungen, das Triebartige der Erregung, die aus Gefühlsschwäche entspringende Passivität, das Beharren in derselben Stellung, die ausweichenden, verneinenden, beziehungslosen Antworten, die sinnlosen Wort- und Satzverbindungen.

Ein einzelnes Symptom, das vorübergehend einmal beobachtet wird, darf für die Diagnose nicht entscheidend sein, jene Zeichen haben vielmehr nur dann einen diagnostischen Wert, wenn sie gehäuft auftreten und eine längere Dauer besitzen, wenn es sich um Störungen der Gefühlssphäre und des Willens nach bestimmten Richtungen hin handelt, die sich beharrlich

in Sprache und Bewegungen zu erkennen geben, solange überhaupt **stärkere** akute Störungen bestehen.

Differential-diagnostisch kommt zunächst der angeborene Schwachsinn in Frage.

Manche Fälle von Imbezillität, namentlich solche mit vorwiegendem Mangel an ethischen Gefühlen, weisen eine gewisse Ähnlichkeit mit hebephrenischen Bildern auf.

Die Neigung, sich zu verstecken, den andern beim Sprechen nicht anzusehen, ausweichend, schnippisch zu antworten, offensichtliche Tatsachen zu bestreiten, Sachen zu zerstören, jeden, der ihnen zu nahe kommt, zu schlagen, diese und ähnliche Eigenheiten finden sich sowohl bei moralisch Imbezillen, wie bei Hebephrenen. Es kommt hinzu, daß sich die Hebephrenen mit Vorliebe bei Individuen, die von Hause aus schwachsinzig oder doch abnorm sind, entwickelt, so daß der Nachweis, daß von jeher ein geistiger Defekt bestand, nur einen bedingten differentialdiagnostischen Wert besitzt. Imbezillität und Hebephrenie können aber begrifflich scharf geschieden werden. Imbezillität ist ein von Kindheit an bestehender, im ganzen gleichbleibender, nur den physiologischen Veränderungen der Lebensabschnitte unterliegender Zustand geistiger Schwäche; Hebephrenie dagegen ist ein Krankheitsvorgang, dessen Beginn sich feststellen läßt, der in seinem Verlauf mehr oder weniger charakteristische Erscheinungen einer Geistesstörung im engeren Sinne darbietet, und der zu einer Umformung der gesamten Persönlichkeit, zu einer Vereinfachung derselben führt. Richtet man sich nach diesen Definitionen, so kann man jeden Fall in der einen oder der andern Rubrik unterbringen und braucht keine Übergangsformen zwischen Imbezillität und Hebephrenie anzunehmen. Für die Diagnose Hebephrenie spricht insbesondere das Auftreten von Sinnestäuschungen und Wahnideen, das Vorkommen auffälliger von äußeren Einflüssen unabhängiger, Jahre hindurch dauernder stärkerer Schwankungen.

Die Unterscheidung zwischen Hebephrenie und Dementia paralytica macht in der Regel keine großen Schwierigkeiten. Für Paralyse spricht das Vorhandensein körperlicher Lähmungssymptome, der Verlust der alten Erinnerungen, die starke Herabsetzung der Merkfähigkeit, der rasche Eintritt des geistigen und körperlichen Verfalls. Es gibt aber doch Fälle, in denen Fehldiagnosen verzeihlich sind. Von Haus aus schwachsinnige Individuen können an Tabes erkranken, zu der eine Hebephrenie hinzukommt. Man findet dann etwa folgende Symptome: reflektorische Pupillenstarre als einziges Frühsymptom der Tabes, eine Sprachstörung und Gedächtnisschwäche als angeborene Anomalien, endlich die Zeichen der hebephrenischen Dementia: Gleichgültigkeit, Urteilsschwäche und Energiemangel.

Daß man bei einer derartigen Vereinigung von Erscheinungen, die gar nicht so selten ist, ohne weiteres Paralyse diagnostiziert, ist verständlich. Durch das Ausbleiben des körperlichen Siechtums wird der Irrtum mitunter erst nach vielen Jahren aufgedeckt, bei sorgfältiger Berücksichtigung aller

stände kann er aber überhaupt vermieden werden. Erinnert sei nur an is gute Gedächtnis der Hebephrenen für Zahlen, Namen, Daten.

I. Bei Hysterischen kommen Erregungs- und Depressions- istände vor, die den hebephrenischen Bildern ähnlich sehen, namentlich eh die Züge des Läppischen, Kindischen und des Überschwänglichen, betriebenen, an sich tragen. Aber eine solche Verarmung an Gefühlen, ie sie bei den Hebephrenen immer wieder zutage tritt, findet sich bei den rsterischen nicht. Im Gegenteil macht sich bei ihnen im Vorstellen und andeln die Stärke und nachhaltige Wirkung vieler Gefühle, auch solcher, e sich nicht auf das unmittelbare körperliche Wohlbefinden beziehen, sehr rschieden geltend. Das Interesse, mit dem die Hysterischen die Vorgänge der Umgebung verfolgen, ist lebhafter und nur mangelhaft verhüllt. Die erson des Arztes pflegt ihnen nicht gleichgültig zu sein. Regungen des ilds treten hervor — die übertriebenen, ekstatischen Gefühlsäußerungen r Hysterischen verraten mehr Vorsatz und Berechnung, als es bei den ebephrenen der Fall ist.

Ärger und Zorn können sich bei beiden Psychosen mit Heftigkeit äußern, scheinen aber bei Hysterischen besser motiviert, brechen nicht so über- schend plötzlich aus und haben eine länger dauernde Nachwirkung. erlust der Ekelgefühle findet sich bei beiden Krankheiten.

II. Das Mienenspiel, der Klang der Stimme, die Gesten geben deutlich on ganz bestimmten Gefühlen und Vorstellungen der Hysterischen Kunde. r Lachen ist ausdrucksvoll, wohlklingend, herzlich, allmählich an- und ab- chwellend. Die Äußerungen ihrer Gefühle werden leicht bemerkt, die ysterischen pflegen nicht, wie die Hebephrenen, dem Arzt die Zunge heraus- strecken, oder ihm eine lange Nase zu machen, während er gerade fortsieht. re Haltung ist auf Erzielung eines bestimmten Effekts berechnet. Sie tellen ihr schönes Haar, ihre wohlgeformten Arme zur Schau. Selbst in ler Art, wie sie Unordnung hervorrufen, liegt ein gewisses System. Eine ranke nahm sehr behutsam alle Bilder der Reihe nach von den Wänden b. sie rückte sämtliche Zimmergeräte an einen anderen Platz; um die öffnung der Tür unmöglich zu machen, errichtete sie kunstvolle Barrikaden. Das Planmäßige, Zusammenhängende des Handelns, das Motivierte, Zweck- ewußte kann allerdings so verdeckt sein, daß es einer oberflächlichen Betrachtung entgeht, bei aufmerksamer Beobachtung ist es aber unverkennbar. Manches, was Hysterische darbieten, trägt den Stempel der Imitation an sich. Die Hysterische macht aber nicht bloß die einzelnen Handlungen einer Nachbarkranken direkt nach, wie die Hebephrene, sondern sie kopiert auch die Art des Verfahrens, sie macht sich gewissermaßen ein Bild, einen Begriff der Krankheit, aus dem heraus sie mit einer gewissen Selbständigkeit die einzelnen Symptome ableitet.

III. Die Bewußtseinsklarheit ist bei den hysterischen Zuständen oft so stark herabgesetzt, daß sich später eine Erinnerungslücke, eine lokalisierte Amnesie feststellen läßt. Nicht immer ist das aber der Fall.

Das Vorbeireden der Hysterischen ist meist nicht so sinnlos und beziehungslos wie bei Dementia praecox. Die Antworten verraten ~~vielmehr~~ bei näherer Betrachtung oft so viel Sinn, so viel innere Beziehung zur Frage und zur ganzen Situation, daß eine verhältnismäßig komplizierte Überlegung vorausgegangen sein muß. Wenn der Arzt sich mit einer andern Kranken unterhält, so machen die anscheinend ganz teilnahmslosen Hysterischen gelegentlich Zwischenbemerkungen, die deutlich zeigen, daß sie ziemlich aufmerksam dem Gang des Gespräches gefolgt sind und den ganzen Zusammenhang mit Verständnis erfaßt haben. Zwischenbemerkungen der Hebephrenen pflegen nur an den letzten Satz, der gesprochen wurde, ja an ein Wort in ganz äußerlicher Weise anzuknüpfen.

Bei Hysterischen kann durch äußere Einwirkungen, durch ärztliche Maßnahmen das ganze Krankheitsbild, selbst auf der Höhe der Entwicklung, wesentlich geändert werden.

Die Hysterischen, die so erregt sind, daß sie den ganzen Tag sprechen und lachen, werden nachts doch von Müdigkeit überwältigt und schlafen viele Stunden fest, was bei erregten Hebephrenen nicht der Fall ist.

Der Vorgang der Menstruation beeinflußt den Krankheitsverlauf bei der Hysterie viel stärker als bei der Hebephrenie, offenbar infolge der übertriebenen Vorstellungen, die sich die Hysterischen von der schädigenden Wirkung dieses physiologischen Prozesses zu machen pflegen.

Am wichtigsten sind die Unterschiede im Verlauf und Ausgang. Die immerwährenden, unabhängig von äußern Einflüssen viele Jahre hindurch erfolgenden Schwankungen, wie man sie bei Hebephrenen sieht, kommen bei Hysterie nicht vor. Die Hysterischen verblöden nicht.

Körperliche Stigmata der Hysterie sind im gegebenen Moment nicht immer nachweisbar, die Anamnese ergibt dann aber oft, daß sie früher vorhanden waren.

Bei der Unterscheidung zwischen manischer und hebephrenischer Erregung kommt es auf folgende Punkte an.

Die Gefühle der Manischen sind tiefergehend, von nachhaltigerer Wirkung auf den Ablauf der psychischen Vorgänge, ihre Äußerungen können besser unterdrückt werden, die höheren Gefühle sind nicht so stark geschädigt.

Die sinnlichen Triebe bekunden sich nicht so rücksichtslos.

Die Manischen wahren einigermaßen die äußeren Anstandsformen, wenn sie nicht gerade unter einer momentanen stärkeren Affektwirkung stehn. Sie benehmen sich nicht so kindisch, spielerisch, affektiert, sind natürlicher, ernsthafter. Sie sind nicht so gewalttätig und zerstörungslustig. Ihre Handlungen sind mehr Willkür- als Triebhandlungen, zeugen mehr von bewußtem Plan und Ziel, von größerer Initiative und Tatkraft. Das Grimassieren, die übertriebenen Gesten, die grotesken Bewegungen des ganzen Körpers, die Gliederverrenkungen, die Drehungen um die eigne Achse kommen bei leichter Manie nicht vor. Die Aufmerksamkeit der Manischen ist aktiver und anhaltender. Sie wählen mehr unter den Eindrücken, unterhalten sich noch ziemlich geordnet. Sie

den über die Dinge noch mit einer gewissen Sachlichkeit und Gründlichkeit, lassen ihre Handlungen und ihre Gefühlsäußerungen unvergleichlich geschickter und einleuchtender zu motivieren.

Die Manischen sind demnach bei gleichem Grade der Erregung um vieles konzentrierter als die Hebephrenen, erscheinen reicher an Vorstellungen und Gefühlen.

Die melancholischen Verstimmungen oder, um mit *Kraepelin* zu reden, die depressiven Zustände des manisch-depressiven Irreseins zeigen im Gegensatz zu den hebephrenischen Depressionszuständen folgende Eigentümlichkeiten:

1. Die Unlustgefühle der Melancholischen sind komplizierter und haltender als bei den Hebephrenen. Nicht nur die Gegenwart macht sie unglücklich, auch die Zukunft erfüllt sie mit Furcht und Sorge. — Die Melancholischen sind eher altruistisch, sie bangen sich oft mehr um das Wohlergehen ihrer Angehörigen, als um ihr eigenes. Sie sind bescheiden, müdig, dankbar, mitleidig.

Die übergroße Bedenklichkeit bei jedem Schritt, den die Melancholiker machen, steht in grellem Gegensatz zur Gleichgültigkeit der Hebephrenen.

Selbstvorwürfe kommen bei Hebephrenie vorübergehend mal vor, sind aber doch lange nicht so ernst und anhaltend wie bei der Melancholie. Die Willensstätigkeit ist in den leichteren Graden der Melancholie soweit erhalten, daß alltägliche Verrichtungen, wie die Besorgung der Toilette, noch ausgeführt werden. Zu neuen, ungewohnten Handlungen, zu entscheidenden Schritten entschließen sich die Melancholischen allerdings sehr schwer — zu arbeiten ersuchen sie wenigstens immer wieder, sie haben ein inneres Bedürfnis dazu, im Gegensatz zur Faulheit der Hebephrenen, denen die eignen Antriebe fehlen.

Bei der Exploration sprechen sich die Melancholischen anfangs oft sehr zurückhaltend aus, dann aber, wenn man ihnen nur Zeit läßt und sie nicht gerade zu erzwingen sucht von dem Vorstellungskreise, der augenblicklich ihr ganzes Denken und Fühlen gefangen nimmt, oft sehr ausführlich. Es ist dann, als sei ein äußerer Druck von ihnen fortgenommen, der sie hemmte, während bei den Hebephrenen mehr die inneren Impulse zum Sprechen vermindert sind. Auch schafft den Melancholischen die Aussprache vorübergehende Erleichterung, sie suchen dieselbe, während den hebephrenisch Deprimierten eine eindringendere Unterhaltung mit dem Arzt höchst unangenehm ist.

Das Denken und Sichbesinnen fällt den Melancholischen sehr schwer, sie strengen sich dabei so an, daß oft der deutliche Ausdruck des Schmerzes in ihren Mienen sichtbar wird. Sie sind vergeßlicher und zu komplizierteren Denkleistungen viel weniger fähig, wie die Hebephrenen. Aber im Gegensatz zu deren Gleichgültigkeit, Denkträgheit und Kritiklosigkeit grübeln die Melancholischen über den eigentlichen Grund ihrer Verbringung in die Anstalt, über alle möglichen, ihnen aufstoßenden, teilweise ganz nebensächlichen Dinge in ausgiebigster Weise nach.

Sie begnügen sich nicht mit einem oberflächlichen Denkergebnis, verlangen immer von neuem Aufklärung und sind weder mit guten noch mit schlechten Gründen zufriedenzustellen. Sie geben sich alle Mühe, den Arzt über jede Einzelheit zu unterrichten, berichtigen sich immer von neuem, machen Zusätze, wollen ja nichts Falsches oder Unvollständiges sagen. Ihre innere Aufmerksamkeit ist nur auf traurige Vorstellungen gerichtet, die Reproduktionsrichtung hat daher etwas Einseitiges und Einförmiges. Sieh man aber von dieser durch Wirkung der starken vorherrschenden Gefühle hervorgerufenen eintönigen Färbung der Vorstellungen und von der affektuellen Urteilsstrübung ab, so ist der Reichtum an Ideen und die Urteilskraft doch erheblich besser erhalten, als bei Hebephrenie.

Gegenüber den mit Sinnestäuschungen und Wahnideen verbundenen subakuten und akuten Formen der Hebephrenie zeigen die entsprechenden Zustände der Melancholie folgendes Verhalten. Die Wahnvorstellungen halten sich mehr im Rahmen möglicher und natürlicher Vorgänge, sie sind nicht so absurd wie bei der Hebephrenie. Sinnestäuschungen und Wahnideen stehen in größerer Abhängigkeit vom Grade des Affekts und der Hemmung des Vorstellens und Denkens. Auf dem Höhepunkt der gemüthlichen Erregung können melancholische Kranke allerdings völlig von den Trugwahrnehmungen und Wahnvorstellungen beherrscht werden; sowie aber die Intensität der Gefühle abnimmt und überhaupt die heftigeren akuten Symptome nachlassen, beginnen die Kranken an der Realität der Halluzinationen zu zweifeln, und zwar um so eher, je unwahrscheinlicher ihr Inhalt ist. Die Korrektur der Wahnideen, die Einsicht in das Krankhafte der halluzinatorischen Vorgänge stellt sich ein in gleichem Schritt mit dem Abnehmen des Affekts und der Denkhemmung. —

Wegen vorgeschrittener Zeit wird die Diskussion auf die nächste Sitzung verschoben. —

Herr Hübner-Herzberge: Demonstrationen.

I. Ein Fall von doppelseitiger Peroneus- und Radialisparese bei progressiver Paralyse mit anatomischem Befund.

Krankheitsgeschichte. 43jährige Briefträgersfrau, früher syphilitisch infiziert. In den letzten Jahren vor Beginn der Erkrankung mäßiger Alkoholgenuß. Einige Monate vor Ausbruch des Leidens Gedächtnisschwäche. Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. Anfang 1903 unsinnige Einkäufe. Geld verschenkt, artikulierte Sprachstörung, Kniephänomene fehlen. Pupillendifferenz, reflektorische Pupillenstarre, *Romberg*, Analgesie an den Unterschenkeln, Inkontinenz. Während der Anstaltsbeobachtung: Februar 03 schnell vorübergehende Hämoglobinurie (nach Chloralmedikation?) Juni 03 Herpes zoster im Gebiete des vierten Interkostalnerven links. Zu gleicher Zeit starke Kontrakturen in beiden Hüft- und Kniegelenken (Streckverband). Hochgradigste motorische Unruhe. 20. Januar 04 beiderseitige Radialisparese.

> rechts), 22. Januar 04 doppelseitige Peroneuslähmung. Die Radialis: bessert sich erheblich, die Lähmung der Nn. peronei bleibt bis zum en bestehen. Elektr. Untersuchung ergibt bei direkter Reizung der adiales deutliche Herabsetzung für beide Qualitäten; im Gebiet der ei ist die elektr. Erregbarkeit fast aufgehoben. Bei galv. Reizung der in träge Zuckungen an den betroffenen Gruppen nur der unteren nitäten. September 04 erster paralytischer Anfall. Von solchen wurden nzen sechs Serien beobachtet. Der letzten erlag Patientin. Marasmus och nicht eingetreten, wohl aber hatte sich der psychische Zustand lechtert. —

Anatomischer Befund:

Makroskopisch: Die Pia läßt sich von einzelnen Stellen der Rinde, von beiden motorischen Regionen, nur mit Substanzverlusten ablösen. Stirnlappen atrophisch. Ventrikel erweitert. Ependym derselben liert, besonders deutlich im vierten Ventrikel. Lymphocytose des Liquor rospinalis. Graue Degeneration der Hinterstränge.

Mikroskopisch: Nn. radiales: Perineurium in mäßigem Grade kt. Endoneurium deutlich vermehrt. Fasern sind zum Teil völlig wunden, andere sind im Zerfall begriffen, doch ist der Ausfall an n nicht sehr stark.

R. gleicht der Befund dem der anderen Seite.

Nn. peronei: Starke Vermehrung des peri- und endoneuralen Binde- bes. Beiderseits ist eine auffallende Faserarmut deutlich erkennbar. den wenigen Markscheiden, die im Zwischengewebe noch nachzuweisen , bieten einige Zeichen beginnenden Zerfalls.

N. medianus sin: normal.

Lendenmark: In den Hintersträngen symmetrische Degenerations- r, welche das dorso-ventrale Hinterstrangfeld und das dorso-mediale lel nicht mitbetroffen haben. Außerdem beiderseits Degeneration der midenseitenstränge, rechts stärker als links.

Die Untersuchung einiger Schnitte aus dem Brust- und Halsmark gleichfalls entsprechenden Faserschwind in den Hinter- und Pyramiden- nsträngen erkennen. —

Es handelt sich in unserer Beobachtung um einen Fall von Paralyse. in verschiedener Hinsicht besonderes Interesse beansprucht.

Einmal deshalb, weil die Zahl der anatomisch untersuchten Fälle nicht 3 ist (Literatur s. bei Daus: Zur Pathologie der Peroneuslähmungen. J. Berlin 1902 S. 42), dann aber auch wegen der Ätiologie.

Marasmus paralyticus lag nicht vor. Dem Alkohol kann höchstens eine disponierende Wirkung zugeschrieben werden, wobei nicht vergessen rden darf, daß, als die Lähmungen eintraten, die Kranke ein Jahr lang ie Alkohol gelebt hatte. Letzteres gilt auch für die Erkältungsschädlich- ten, denen Patientin während des Anstaltsaufenthaltes wohl kaum aus- setzt war.

Traumatische Einwirkungen wird man trotz der beträchtlichen motorischen Erregung deshalb kaum annehmen können, weil damit das gleichzeitige Befallensein von zwei symmetrisch gelegenen Nervenpaaren kaum genügend erklärt würde.

Vortr. glaubt den Fall folgendermaßen erklären zu dürfen: Die Kranke hatte schon bei der Aufnahme das W. Z. und reflekt. Pupillenstarre. Sie befand sich während des ganzen Jahres vor Eintritt der Lähmung in einem Zustande hochgradiger motorischer Erregung, während dessen sie alle vier Extremitäten fast dauernd in durchaus unzumutbarer und rücksichtloser Weise gebrauchte. Die hierdurch hervorgerufene funktionelle Überlastung (*Moeli*), die um so größer sein mußte, als in Armen und Beinen erhebliche Ataxie von Anfang an vorhanden war, betraf zweifellos beide Extremitätenpaare in hohem Maße. Die Wirkung dieser gesteigerten Inanspruchnahme zeigte sich nun zuerst in denjenigen Nervengebieten, welche, wie die klinische Erfahrung uns gelehrt, und wie auch *D. Gerhardt* durch Tierexperimente nachgewiesen hat, eine besondere Disposition zu Lähmungen besitzen, nämlich in denen der Streckmuskulatur.

II. Tabes mit Gummi der hinteren Schädelgrube.

31jährige Frau. Lues ärztlich sichergestellt, bot folgende Symptome: Linksseitige Oculomotoriuslähmung, isolierte Lichtstarre beider Pupillen, Westphalsches Zeichen, Achillessehnen- und Plantarreflex fehlen beiderseits. Analgesie beider Unterschenkel, hypalgetische gürtelförmige Zone am Rumpf. Hypotonie der Extremitätenmuskulatur, lanzinierende Schmerzen in den Beinen, Taubheitsgefühl und Kriebeln in Händen und Füßen, Unfähigkeit zu gehen, gastrische Krisen, Inkontinenz.

Anatomisch: Gummi der rechten hinteren Schädelgrube, grobe Degeneration der Hinterstränge, frische Lungentuberkulose, linksseitiger Hydrothorax.

Mikroskopisch: Seiten- und Vorderstränge in ganzer Ausdehnung frei. Das Bild im oberen Lendenmark gleicht der Fig. 80a der „Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarks“, 1901 Wiesbaden, von *Schmaus*. Der Befund im Brustmark etwa der Fig. 85 desselben Lehrbuches.

Die Neubildung der hinteren Schädelgrube besteht aus den Randpartien aus Anhäufungen epitheloider Zellen, zwischen die sich zahlreiche Bindegewebszüge einschieben. Das Zentrum des Tumors ist verkäst, von einer Zone frischeren Granulationsgewebes umgeben, von dem aus zahlreiche fibröse Stränge in die Käsemasse vordringen.

Die meisten in der Tumormasse befindlichen Gefäße lassen verdickte Wandungen erkennen. Ihre Intima ist auf dem Querschnitt breiter als gewöhnlich, besitzt eine z. T. aufgefasernde, z. T. verdoppelte Elastica. Media und Adventitia sind von zahlreichen Rundzellen durchsetzt. Auch die Umgebung der Gefäße enthält deren viele.

Der Versuch, Tuberkelbazillen in der Geschwulst nachzuweisen, hat ein negatives Ergebnis.

III. Progressive Paralyse mit Gummien in der Hirnsubstanz.

Klinisch: 57jähriger Mann. Lues anamnestisch nicht sicher nachweisen, aber sehr wahrscheinlich. Seit 20 Jahren rückenmarksleidend. Seine Frau ist seit 6 Jahren blind. Bei der Aufnahme: Örtlich und zeitlich desorientiert, euphorisch, dement, starkes Silbenstolpern, reflektorische Pupillenstarre, rechtsseitige Facialisparese, *Westphalsches* Zeichen, Incontinentia alvi et urinae. 19. Februar 06 ein rechtsseitiger Anfall mit Bewußtlosigkeit, dem Patient am nächsten Tage erliegt.

Anatomisch: Diffuse Leptomeningitis, Atrophie beider Stirnlappen, stellenweise Verklebung der Pia mit der Rinde. Gummi im rechten Scheitellappen am Übergang zum Hinterhauptslappen, das mit der weichen Hirnhaut verwachsen ist. Gummi im linken Scheitellappen unmittelbar hinter dem Gyrus postcentralis. Granulierung des Ependyms. Hirngewicht 1320. Graue Degeneration der Hinterstränge.

Mikroskopisch: Gehirn: Ein Teil der (nach *Nissl* gefärbten) Ganglienzellen hat eine dunklere Färbung angenommen, als die normalen. Ihre Tigroïdkörper sind zerfallen, so daß sie gleichmäßig fein gekörnt aussehen. Die Kerne sind gekerbt, z. T. bereits unscharf. Die Glia ist beträchtlich vermehrt. An *Weigert*- und *Pal*präparaten kann man einen erheblichen Faserschwund erkennen. Tangentialfasern fehlen fast ganz. Gefäße z. T. verdickt, andere erscheinen hyalin degeneriert. In den adventitiellen Lymphräumen hie und da Plasmazellen.

Rückenmark: Im Lendenteil außerordentlich deutlich ausgeprägte Hinterstrangaffektion tabischen Charakters. Außerdem beiderseits geringe Aufhellung (*Pal*) beider Pyramidenseitenstränge. Letztere ist auch im Brust- und Halsmark nicht stark. Ferner mäßige Randdegeneration.

Die Tumoren der Rinde bestehen im wesentlichen aus epitheloiden Zellen, zwischen die viel Leukocyten zerstreut sind. Die sehr zahlreichen Gefäße haben ein enges Lumen, ihre Wandungen sind verdickt, weisen viele Rundzellen auf, die sich übrigens in reichlicher Menge auch in der Umgebung der Gefäße finden. Intima sehr dick. *Elastica* häufig verdoppelt.

Durch die Anhäufungen von epitheloiden Zellen ziehen viel fasrige Bindegewebszüge.

Fälle, wie die eben beschriebenen (II. und III.), sind von den Autoren mit Vorliebe dazu benutzt worden, den ätiologischen Zusammenhang zwischen Tabes, Paralyse und Lues dem Verständnis näherzubringen. Dies geschah auf Grund folgender Erwägung: Die Syphilis ist bei diesen Fällen meist anamnestisch erwiesen. Es steht ferner fest, daß das Gummi ein spezifisches Produkt ist. Drittens hat die Erfahrung gelehrt, daß die degenerative Atrophie bestimmter Fasersysteme besonders häufig bei früher Syphilitischen gefunden wird. Da man nun sowohl primäre Faserdegenerationen, als auch gummöse Prozesse nebeneinander findet, so ist zu schließen, daß nicht allein die letzteren, sondern auch erstere ein Produkt der Syphilis sind. *Erb* und *Guszmann* gehen sogar noch weiter, indem sie sagen, das Syphilom

und die Faserdegeneration seien mithin gleichwertige, nämlich tertiär syphilitische Prozesse.

Zu dieser Auffassung gelangte man lediglich auf klinischem Wege, da uns der Erreger der Lues noch unbekannt war. Gerade hierin sind wir nun aber im letzten Jahre möglicherweise weitergekommen. Wenn wir den Untersuchungen von jetzt über hundert Autoren folgen dürfen, dann können wir die *Spirochaete pallida* als die Erzeugerin der Lues betrachten.

Die Frage ist nun: Können wir unsere heutigen Kenntnisse von *Spironeura-Schaudinn* in den Dienst der *Tabes-Paralyse-Syphilislehre* stellen? Diese Frage ist zu bejahen. Wir werden zunächst zu prüfen haben, ob sich das kleine Gebilde, welches *Schaudinn* und *Hoffmann* (s. Deutsche med. Wochenschr. 1905 S. 1665) in den Spätformen der Syphilis sahen, auch in allen gummösen Prozessen des Nervensystems findet, und ob es ferner in der Hirnrinde des Paralytikers oder den degenerierten Hintersträngen (usw.) des Tabikers zu beobachten ist. Nur wenn es in beiden vorkommt, wird sich die Anschauung von *Erb* und *Gutzmann* aufrechterhalten lassen.

Autoreferat.

Gock.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu München am 20. und 21. April 1906.

Die Sitzungen fanden im Hörsaal der Psychiatrischen Klinik statt.

Anwesend waren die Herren: *Ackermann-Sonnenstein*, *Adam-Karthaas-Prüll*, *Alt-Uchtspringe*, *Alter-Leubus*, *Alzheimer-München*, *F. Angerer-Wies*, *Ast-Egling*, *Barbo-Pforzheim*, *Bauer-Owinsk*, *Beckh-Nürnberg*, *Behr-Lüneburg*, *Benneke-Dresden*, *Binswanger-Jena*, *Birnbaum-Conradstein*, *Bischoff-Tübingen*, *Büdeker-Schlachtensee*, *Boettcher-Colditz*, *Böhmig-Dresden*, *Bonhöffer-Breslau*, *Brandl-Egling*, *Bresler-Lublinitz*, *Buddeberg-Merzig*, *Buchholz-Hamburg*, *Busch-München*, *Caselmann-Deggendorf*, *Christoph-Obrwalde*, *Cotton-Boston Mass.*, *Cramer-Göttingen*, *Daiber-Weinsberg*, *Dannemann-Gießen*, *Dehio-Dösa*, *Deutsch-Lauenburg*, *Dreschfeld-Egling*, *Economo-Wien*, *v. Ehrenkall-Ahrweiler*, *Enke-Ückermünde*, *A. Erlenmeyer-Bendorf*, *van Erp-Taalman-Kip-Arnhem*, *Fabricius-Düren*, *Falk-Kortau*, *Faltlhauser-Erlangen*, *Fink-München*, *Mar Fischer-Wiesloch*, *O. Fischer-Prag*, *R. Förster-Bonn*, *Frank-Zürich*, *Früstück-Hochweitzschen*, *Gaupp-München*, *Geist-Zschadraß*, *Gerlach-Königslauter*, *Gock-Landsberg a. W.*, *Grühle-Heidelberg*, *Groß-Schussenried*, *Großmann-Niedelben*, *H. Gutzmann-Berlin*, *Cl. Gudden-Bonn*, *H. Gudden-München*, *Haarü-Emmendingen*, *Haenel-Dresden*, *Hahn-Breslau*, *Halbey-Freiburg i. Br.*, *Hartlander-Werneck*, *Fr. Hartmann-Graz*, *Hegemann-Münster*, *von der Hehn-Eadenich*, *Heilbronner-Utrecht*, *Herfeldt-Ansbach*, *Herting-Galkhausen*, *Heß-Görlitz*, *Herrmann-München*, *Hitzig-Halle*, *Hoche-Freiburg i. Br.*, *Hock-Kaufbeuren*.

ßlin-München, *B. Hoffmann-Zwiefalten*, *Hoffmann-Halle*, *Hübner-Lichten-Hüfler-Chemnitz*, *Hügel-Klingenmünster*, *Imhof-Werneck*, *Karrer-Klingenster*, *Kluge-Potsdam*, *Knecht-Ückermünde*, *Knörr-Neu-Ruppin*, *Köhler-see*, *Kölpin-Bonn*, *Kolb-Kutzenberg*, *Korte-Egfling*, *Kreuser-Winnental*, *New York*, *Kurz-Pfullingen*, *H. Laehr-Schweizerhof*, *M. Laehr-Haus now*, *Landerer-Andernach*, *Lantzius-Beninga-Weilmünster*, *Laquer-Frank-1. M.*, *Levinstein-Schöneberg*, *Lichtenberg-München*, *Lilienstein-Nauheim*, *mann-München*, *Löfl-Gabersee*, *Löwenthal-Berlin*, *Löwenfeld-München*, *ard-Heidelberg*, *A. Ludwig-München*, *Lüttge-München*, *Lundborg-Upsala*, *ig-Erdmannshain*, *Mayer-Goddellau*, *Meyer-Egfling*, *Meyer-Münster*, *Merck-reptow a. R.*, *Moeli-Lichtenberg*, *Möller-Berlin*, *Nassauer-München*, *Neisser-dlau*, *Neustätter-München*, *Neuendorff-Bernburg*, *Nikitin-St. Petersburg*, *he-München*, *Orthmann-Düren*, *Osswald-Goddellau*, *Oster-Illebenau*, *Paetz-scherbitz*, *Parhen-Bukarest*, *Pelman-Bonn*, *Peretti-Grafenberg*, *Petersen-g*, *Pecser-Moskau*, *Pfister-Freiburg i. Br.*, *Plaut-München*, *Probst-Egfling*, *bas-Neustadt W.-Pr.*, *v. Rad-Nürnberg*, *E. Rehm-München-Neufriedenhein*, *Rehm-München*, *Reiß-München*, *Repkewitz-Schleswig*, *Riffel-Emmendingen*, *nsfeld-Straßburg*, *Roßbach-Zschadraß*, *Rühle-Schussenried*, *Y. Sakaki-noka (Japan)*, *Schaefer-Roda*, *Schedtler-Merxhausen*, *Scheiber-Deggendorf*, *chleiß-Gabersee*, *Schmidt-Alt-Scherbitz*, *Schmitt-München*, *Schneider-God-n*, *P. Schroeder-Breslau*, *E. Schultze-Greifswald*, *Schulz-Klingenmünster*, *abe-Plauen i. V.*, *Schweighofer-Salzburg*, *Seelig-Lichtenberg*, *Selle-Neu-spin*, *Sendtner-Egfling*, *Sendtner-München*, *Serger-Strelitz*, *Seyffert-St. Gil-berg*, *Siemens-Lauenburg*, *Simon-Warstein*, *Snell-Lüneburg*, *Spatz-München*, *rlinger-Mauer-Öhling*, *Stengel-Bruchsal*, *Stokmann-München-Neufriedenhein*, *denhoff-Kortau*, *Tecklenburg-Tannenfeld*, *Tesdorf-München*, *Tomaschny-ptow a. R.*, *Tuczek-Marburg*, *Ungemach-Egfling*, *Utz-Ansbach*, *Voche-Egfling*, *st-Langenhagen*, *Warda-Blankenburg i. Th.*, *Wattenberg-Lübeck*, *Wehner-ternach*, *Weichelt-Andernach*, *Weiler-München*, *Westphal-Bonn*, *Weygandt-rzburg*, *Wolff-Basel*, *Wolff-Katzenelnbogen*, *Wollenberg-Tübingen*, *Zahn-tgart*, *Zenker-Bergquell*, *Zinn-Eberswalde*. (190 Teilnehmer.)

Am Vorstandstisch: *Moeli*, *Hitzig*, *Kreuser*, *H. Laehr*, *Pelman*, *Siemens* (erstner hat sein Fernbleiben mit plötzlicher Erkrankung entschuldigt).
 Vorsitz: *Nitsche* und *Probst*.

1. Sitzung, Freitag, den 20. April, vormittags 9¼ Uhr.

Der Vorsitzende *Moeli-Berlin* begrüßt die Versammlung und weist darauf . daß der heutige Versammlungsort besonders günstig sei wegen der zwei en psychiatrischen Institute, die daselbst ins Leben getreten seien.

Als Vertreter der Regierung sind anwesend Herr Ober-Med.-Rat *v. Gras-y* und Herr Regierungsrat *v. Bumm*; letzterer heißt die Versammlung im men der Regierung willkommen.

Generalstabsarzt *v. Bestelmeyer* heißt die Versammlung im Auftrage des iegsministers willkommen und weist auf die hohe Bedeutung der Psychiatrie

für den Heeressanitätsdienst hin, der dadurch Rechnung getragen werde, daß immer mehr Militärärzte zu mehrjähriger Ausbildung an Irrenanstalten kommandiert würden.

Hofrat v. Höpflin spricht im Namen des ärztlichen Vereins München.

Gaupp-München spricht im Namen des Münchener Lokalkomitees und als Stellvertreter des Direktors der Klinik, Kraepelin, der zurzeit auf dem internationalen Kongreß zu Lissabon weilt. Er weist darauf hin, wie vor vier Jahren die Versammlung im Polytechnikum um das Gastrecht bitten mußte; heute tage sie in eigenen Mauern.

Moeli verliest sodann Begrüßungs- und Entschuldigungsschreiben resp. Telegramme von Kraepelin, Schüle, Fürstner, später noch von Lombroso, Sommer, Thomsen. Er gedenkt sodann der Toten des Vereins: San.-Rat Halbey, San.-Rat Wagemann, Physikus Wahnau, Dr. Besser, Prof. Wernicke, von dem er sagt: „Wir haben in Wernicke viel verloren; die Psychiatrie im ganzen einen arbeitsfreudigen, geistreichen Forscher; viele einen Freund, dessen originelle Sprödigkeit vielleicht für manche etwas Anziehendes hatte; und uns tritt er besonders nahe, wenn wir hören, wie er auf einer Pfingsttour durch einen Radunfall auf grausame Weise zugrunde ging.“ Ferner gedenkt er des am 18. August 1905 verstorbenen Geh. Rats Laehr. Die Versammlung erhebt sich zur Ehrung der Toten von den Sitzen.

Hierauf teilt der Vorsitzende mit, daß nach § 7 der in Dresden angenommenen Statuten der Vorstand einen ständigen Schriftführer als Mitglied gewählt habe in der Person von Hans Laehr-Zehlendorf.

In Ausführung des vorjährigen Versammlungsbeschlusses, sämtlichen deutschen Regierungen Kenntnis davon zu geben, daß der Verein nach wie vor auf dem Boden seiner Frankfurter Beschlüsse vom Mai 1893 stehe (s. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 62, S. 595 und 599), hat der Vorstand es als zweckdienlich befunden, dem Anschreiben an die Regierungen und Provinzialverwaltungen je ein Exemplar des Weygandtschen Referats über Idiotie beizufügen, das die Veranlassung zu jenem Versammlungsbeschlusse gegeben hatte, weil dieser hierdurch am besten erklärt und begründet schien. Zugleich ist jedem Vereinsmitglied ein Exemplar des Weygandtschen Referats zugesandt worden. Für dies eigenmächtige Vorgehen des Vorstandes und die dadurch verursachten Kosten erbittet der Vorsitzende die nachträgliche Zustimmung der Versammlung, die ohne Widerspruch gegeben wird.

Dann teilt er mit, daß der im vorigen Jahre auf Antrag von Anton eingesetzte Ausschuß, (bestehend aus den Herren Anton, Möller, Tuzick, Weygandt) der die Frage der Idiotenfürsorge dauernd im Auge behalten sollte, inzwischen in Tätigkeit getreten sei und sich durch Zuwahl der Herren Habermas, Jentsch, Kluge verstärkt habe. Ein Ergebnis dieser Tätigkeit werde der Versammlung in einem von mehreren Kommissionsmitgliedern übernommenen Bericht dargelegt werden.

Hierauf referiert Stollenhoff-Kortau als Mitglied der Kommission für Fortbildungskurse der Anstaltsärzte. Vom 10.—31. Oktober dieses Jahres sollen

Die ersten Fortbildungskurse für preußische Irrenärzte in Berlin stattfinden in dem Gebiete der Hygiene, inneren Medizin, Chirurgie, Pathologischen Anatomie, Psychiatrie und Neurologie. Als Maximum sind für diesen Kurs nächst 25 Teilnehmer vorgesehen. An 18 Arbeitstagen sollen 78—80 Stunden gehalten werden. Die näheren Festsetzungen über den Inhalt der Vorlesungen sind noch nicht ganz getroffen: doch wird derselbe bis Ende Mai als Programm vorliegen. Es seien schon 20 feste Meldungen da. Möge auch diese Veranstaltung zum Wohle unseres Standes ausschlagen.

Moeli begrüßt es, daß wir endlich aus dem Stadium der Versuche herauskommen seien und spricht den Dank des Vereines dem Komitee für das ztliche Fortbildungsschulwesen in Preußen und den Berliner Klinikern aus, die ihre Institute zur Verfügung gestellt haben.

Es folgt dann das Referat:

Heilbronner-Utrecht: „Sprachstörungen bei funktionellen Psychosen mit Ausschluß der aphasischen Störungen.“

Es ist für die generelle Betrachtung dringend nötig, so scharf als möglich zwischen primären essentiellen Sprachstörungen und den durch andere elementare Symptome sekundär bedingten sprachlichen Äußerungen zu scheiden.

Es genügt, Reiz- und Ausfallserscheinungen anzunehmen; die „Parafunktion“ läßt sich auf die eine oder andere dieser Störungen, eventuell eine Kombination beider, zurückführen. Die rein formalen Änderungen infolge des primären Ausfalls sind zur Zeit von den sekundär bedingten noch nicht mit Sicherheit abzugrenzen. Die inhaltlichen führen zu aphasiaartigen Ausfällen, vielleicht zum Agrammatismus.

Die Reizerscheinungen (Rededrang, Sprechdrang) bedingen zuweilen, teineswegs aber sehr häufig, quantitative Abänderungen: vermehrten Stimm- aufwand, Beschleunigung des Sprechtempos: dabei scheinen kurze Worte bevorzugt zu werden.

Charakteristisch scheinen: häufigeres Sprechen. Steigerung der Produktion durch den Sprechakt selbst, das „Nichtaufhörenkönnen“ und Rhythmisierung.

Allen Formen des primären, essentiellen Rededranges gemeinsam ist die Eigentümlichkeit, daß die sprachlichen Äußerungen nicht dem Zwecke der Verständigung und Mitteilung dienen und auch nicht zu dienen bestimmt sind: dieses Kriterium versagt bei wenigen Formen, die auch genetisch sich als Übergangsfälle darstellen.

Im Inhalte des primären Rededranges spielen eine wesentliche Rolle die Eigenleistungen des motorischen und sensorischen Sprachapparates. Hierher gehören: die eigentlichen Reihenleistungen, von denen aber ein Teil der Aufzählungen zu trennen ist, die vielfachen sinnlosen Sätze, in denen die geläufige Satzform als Gerüst dient, die sprachlichen Reminiszenzen, Wortergänzungen und, als vorwiegend sensorisch bedingte Elemente, die Reime, Alliterationen und andere Klangassocationen.

Die Genese der „sinnlosen Produkte“ ist an der Hand der Erfahrungen bei aphasischen Störungen und beim Versprechen genauer zu verfolgen.

Die Perseveration resp. Verbigeration ist als Folge einer unzureichenden Produktivität aufzufassen; die Perseveration kann auch ursprünglich inhaltlich bedeutsame Elemente betreffen und so zu unrichtiger Auffassung Anlaß geben. Außer den innersprachlichen Elementen kommen auch im Sprachprodukt beim primären Rededrang noch exogene vor; hierher gehören — neben wahren und affektiv ausgelösten — namentlich Ablenkbarkeit und Ideenflucht.

Von diesen ist die Ablenkbarkeit wahrscheinlich zum Teil sekundär Folge des Rededranges, für einen anderen Teil ist die Annahme einer primären Störung, die zur Ablenkbarkeit führt, nicht von der Hand zu weisen. Sicher muß eine derartige primäre Störung als Ursache der Ideenflucht angenommen werden; dagegen ist der Rededrang die notwendige Voraussetzung für das Manifestwerden der Ideenflucht. Ablenkbarkeit und Ideenflucht sind in ihrer Bedeutung für die Gestaltung des Sprachproduktes getrennt zu betrachten; der Mitteilungsdrang des Manischen ist nicht ganz identisch mit dem Rededrang schlechthin. Der Rededrang, Sprechdrang als solcher, ist einheitlich aufzufassen; er kann quantitativ verschieden stark sein, höchstens verschieden lokalisiert gedacht werden, aber keine qualitativen Differenzen bieten.

Das Wesen des Reizvorganges, der dem Rededrang zugrunde liegt, ist noch unbekannt.

Unter den Sprachneubildungen sind streng zu scheiden: die willkürlich gebildeten Termini technici und diejenigen Neubildungen, die nach analogen Gesetzen gebildet sind, wie die sinnlosen Komponenten im Rededrang, und zumeist auch Residuen akuter Zustände darstellen. Analog zu betrachten sind die Paralogien und die sogenannte Sprachverwirrtheit; die letztere bezeichnet keine einheitliche Störung, sondern eine variable Kombination von Erscheinungen.

Unsere Kenntnis der zusammengesetzten Störungsformen ist noch durchaus lückenhaft, selbst ideenflüchtige und verbigeratorische Formen werden durch manche Übergangsformen verbunden; andere Formen, vor allem die sogenannte inkohärente, sind bis jetzt nur ganz provisorisch nach negativen Kriterien vereinigt.

Für diagnostische Zwecke sind deshalb die Sprachstörungen allein nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse nur mit größter Vorsicht heranzuziehen.

(Eigenbericht.)

Vorträge.

Pfister-Freiburg i. Br.: „Über Verbigeration.“

Der Vortragende berichtet über psychologische und klinische Studien an verbigerierenden Katatonikern. Grundlage seiner Untersuchungen bilden eigene Fälle und die veröffentlichte Kasuistik. Nach kurzem Rückblick auf die Geschichte unserer Kenntnis der Verbigeration und die Anschauungen der verschiedenen Autoren darüber, gruppiert er die Verbigeranten in solche, bei

lenen aus den sprachlichen Stereotypen, bez. den sonstigen (gleichzeitigen) Äußerungen das Bestehen beginnender oder ausgeprägter Sprachverwirrtheit erreicht ist, und in Fälle ohne Sprachverwirrtheit.

Die Analyse der ersten weitaus größten Gruppe ergibt bezüglich der (mündlichen und schriftlichen) Stereotypen unter anderem folgendes: die Wiederholungen betreffen Buchstaben, Buchstabenkonglomerate oder Worte, Satzteile und ganze Sätze, die entweder ganz unverändert oder in mäßigen Variationen wiederkehren. Die Stereotypen können sich dabei unvermittelt aneinanderreihen oder durch nichtstereotype Worte, Sätze getrennt sein. Inhaltlich handelt es sich bei den mehr elementaren Stereotypen um spracheigene, oft den Charakter von Interjektionen tragende Silben und um normal geformte Worte, Wortverbindungen; häufiger werden aber fremdsprachlich anmutende Buchstabenkomplexe, Wortneubildungen verbigeriert. Wo längere Duktus wiederkehren, sind es mitunter noch Sinn verratende Sätze, die aber durch mehr minder leichte, sprachliche (syntaktisch - grammatische) Entgleisungen oder durch sprachverwirrte Einschießel den beginnenden sprachlichen Zerfall erkennen lassen. Häufiger aber handelt es sich um, wohl als dyslogische (paralogische) und dysphasische Fehlbildungen zu deutende, unverständliche Äußerungen: beziehungslose oder ganz unsinnige Wendungen (die sich reiterierend eventuell in sonst noch sinnvolle Äußerungen immer wieder einschieben) oder (besonders bei schriftlicher Verbigeration) agrammatisch nebeneinanderstehende (dabei oft neu gebildete) Worte, zum Teil an Telegrammstil, manchmal auch an die Kindersprache (Infinitivreden) erinnernd.

Die differentesten Stereotypen können gleichzeitig, d. i. im selben Redakt, sich finden. Häufiger aber ist ein gewisses Nacheinander: anfangs wird noch in normal geformten, eventuell sinnvollen Sprachgebilden verbigeriert; im weiteren Verlaufe der Krankheit nehmen die Wortverfehlungen, falschen Redegruppierungen zu; elementare Stereotypen (Laute, Silben, Worte — meist neugebildeter Art) sind daher späterhin häufiger als zu Anfang.

Was an sonstigen Äußerungen von den Verbigeranten produziert wird, d. i. was außerhalb der verbigatorischen Attacken gesprochen wird, bzw. was sich eventuell zwischen die Stereotypen einschiebt, zeigt, wie Referent weiter ausführt, in Beziehung auf den sprachlichen Zerfall nicht immer genauen Parallelismus mit den verbigerierten Sprachgebilden. Ebenso sind Grad der Sprachverwirrtheit und die zum Teil auf mühsam vom Rededrang überwundene Sperrung deutenden Auffälligkeiten des Sprechens selten proportional: explosives Vozifieren, rhythmisch-absetzendes Herausschreien usw. findet sich auch bei bez. Sprachform (und eventuell Inhalt) kaum auffälligen Stereotypen. Umgekehrt werden oft stärkster Gallimathias, reine sprachliche Neubildungen flüssig und ohne jede Anstrengung verbigeriert.

Nach kurzen Bemerkungen über Prognostik, Verlaufsweise der verbigatorischen Attacken wendet sich Referent zur Besprechung der Katatoniefälle, in welchen ausgeprägtes Verbigerieren besteht, ohne daß sprachliche Zerfallserscheinungen nachweisbar sind. Als passagere Erscheinung,

insbesondere in den Frühstadien der Krankheit, kommt dies nicht zu selten vor. Wo Rededrang und Verbigerieren aber länger andauern, pflegen sich auch in den zuerst scheinbar zu dieser Gruppe II gehörigen Fällen meist bald Erscheinungen der Sprachverwirrtheit in den stereotyp wiederkehrenden oder sonstigen Äußerungen (progressiv) zu zeigen. Nur ausnahmsweise dürfte dies bei lange Zeit hindurch verbigerierenden Kranken ausbleiben. Ein Fall, wie der seit acht Jahren vom Referenten beobachtete, ist seines Wissens nicht bekannt: derselbe dürfte durch seine Eigenart auch auf die Pathogenese der Störung besonderes Licht werfen. Es handelt sich um eine lenteszierend verlaufende Katatonie bei einem mit 27 Jahren erkrankten, 49 Jahre alten Kaufmann. Neben leicht negativistischen Erscheinungen, Bizarrieries, Haltungs- usw. Stereotypien besteht seit (wenigstens) acht Jahren Verbigerieren. Spontan oder auf alle möglichen psychischen Reize (Besuche auf der Abteilung, Fragen hin beginnt Patient bestimmte (mit im Krankheitsbeginn aufgetretenen Verfolgungs-Größenwahnideen oder früheren Erlebnissen zusammenhängende) Themata ununterbrochen, oft stundenlang, mit etwas monotoner, leiser Stimme zu verbigerieren: 1899—1901 täglich 5—7 und mehr Stunden, jetzt weniger lang. Ursprünglich war Patient oft tagelang nicht von einem Thema abzubringen, später konnte man ihn durch Vorsagen der Stichworte in ein anderes „umschalten“: jetzt wechselt er öfters spontan mit den wenigen Stereotypien, die er verbigeratorisch vorbringt. Bemerkenswert ist dabei, daß erstens Erscheinungen sprachlichen Zerfalls noch ganz fehlen, die Sprachkontrolle völlig intakt ist (nur Flüchtigkeitsfehler kommen gelegentlich vor); zweitens, daß Patient insbesondere 1899—1900 die gleichen Ideen nicht nur mündlich und schriftlich in deutscher Sprache, sondern ebenso in dem ihm geläufigen Französisch verbigerierte — ebenfalls frei von Sprachverwirrtheitsymptomen; alle seine verbigeratorischen Äußerungen sind deshalb — ohne ihren wesentlichen Charakter einzubüßen — auch in indirekter Rede wiederzugeben, was bekanntlich bei den anderen Verbigeranten nicht der Fall (Neisser).

Der ganze Verlauf des Falles, einige Eigenheiten (bez. deren auf die eingehende Publikation verwiesen wird), das Fehlen von sprachlichen Zerfallserscheinungen und besonders das Verbigerieren derselben Themata in zwei Sprachen erweisen nach Ansicht des Referenten, daß hier (und in analogen Fällen) das wesentliche ursächliche Moment für die ständige Wiederkehr derselben Worte und Sätze nicht im Sprachapparat selbst gelegen ist. Es handelt sich nicht um eine „Einschränkung des Sprachvorgangs auf bestimmte motorische Bahnen“ (Wernicke), um „Erregung aus dem harmonischen und assoziativen Zusammenhänge mit der Umgebung gerissener Partien des Sprachzentrums“ (Bresler): es sind nicht organisch funktionelle Widerstände, die bei bestehendem Redetrieb ein Loskommen von denselben Worten erschweren, unmöglich machen, nicht „spezifische Hemmungen maßgebend, die sich dem Rededrange entgegenstellen und so auf die Verbigeration von formgebendem Einflusse sind“ oder eine „automatische Tätigkeit des emanzipierten erethischen

hmechanismus“ und wie die Erklärungsversuche alle lauten, die ja auf e Verbigeranten zum Teil zutreffen mögen. Die im vorliegenden Falle erbigerieren bedingende Störung muß vielmehr jenseits des eigentlichen hvorganges gelegen sein. Anomalien in den Vorgängen, welche der hbildung vorausgehen, also (formale) Störungen im Bereiche des Vor- is sind hier als die wesentlichen Entstehungsbedingungen des Symptoms ehen. Und zwar scheinen dem Referenten gewisse symptomatische Be- reiten zu erhärten, daß nicht etwa dissoziierende Prozesse, einengende ungen (wie sie ja zu einer Einschränkung, Monotonie des Vorstellungs- geführt haben könnten) die Ursache des ständigen Wiederauftauchens ben Ideenkreise bilden. Dieses ist vielmehr nach allem bedingt durch rtige Reizvorgänge, durch eine besondere Ansprechbarkeit, infolge er dieselben Vorstellungen zwingend immer wieder ins Bewußtsein und rachlicher Formulierung gedrängt werden.

Der Fall gestattet also die Frage, die Ziehen (Lehrbuch) offen läßt, r die Verbigeration die motorische oder Vorstellungsstereotypie wesent- ist, welche Frage andere direkt zugunsten der sprachmotorischen Ste- ie entscheiden, (für analoge Fälle wenigstens) dahin zu beantworten, nicht das reiterierende Auftreten von Sprechbewegungsbildern, Wort- ellungen, sondern bestimmter Gedanken den Ausgangspunkt des münd- und schriftlichen Verbigerierens bildet. Trotzdem wird man hier nicht einer „psychologischen“ Motivierung des fortwährenden Abwandeln der en (wahnhaften) Ideen sprechen können: die Vorstellungen sind ja längst ursprünglichen Affektes entkleidet, nicht mehr Triebfedern entsprechender llungen, ihr (Wieder-) Auftauchen ist ein durchaus automatisch-zwingendes. iegt also höchstens eine „Pseudomotivation“ für ihre sprachliche Um- ung vor. Jetzt wenigstens, denn ob dies hier (bzw. in etwaigen ana- i Fällen von katatonen Verbigeration) auch schon im Beginn des Verbi- erens der Fall war, oder ob man da nicht noch sogar von „psychologischer“ ierung sprechen kann, erscheint dem Vortragenden auf Grund eigener achtungen sehr diskutabel. — Nach Hinweis auf die Abänderungen, ie die bisherige Definition des Verbigerierens der Katatoniker nach dem eführten erfahren muß, wirft Vortragender zum Schluß die Frage auf, ob vielleicht öfters, als gemeinhin angenommen wird, die gleiche — intra- hische — Genese des Verbigerierens vorliegt und nur verkannt wird n des Bestehens stärkerer Sprachverwirrtheit. Es ist ja denkbar, daß tellungsstereotypien nach Entäußerung drängen, an ihrer Stelle aber sinnlose Wendungen, Wortneubildungen reiterierend produziert werden alb, weil die gleichzeitig im zentralen Sprachapparat vorhandenen Zerfalls- Erregungsvorgänge ihr kenntliches Zutagetreten unmöglich machen, indem Stelle der stereotypen Gedanken (infolge der paralogisch-paraphasischen lbildungen) nur unverständliche Rudera derselben geäußert werden.

Noch in anderer Weise könnte der Sprachzerfall das Zutagetreten rich- r Vorstellungsstereotypien untergraben, dadurch nämlich, daß (wegen der

Störung in der Umprägung von Vorstellung und Gedanken in Wort und Rede) überhaupt nicht mehr gleichartige Sprachgebilde durch die monotone wiederkehrenden Ideen angeregt werden können: Es finden bei der Umsetzung des Gedankens zum sprachlichen Ausdruck fortwährend die verschiedensten paralogischen Entgleisungen statt; die Vorstellungen vergeifen sich, wechseln nach allen Seiten, so daß alsbald an Stelle der ganz verborgen bleibenden gedanklichen Stereotypen nur ein ständig wechselnder Gallimathias produziert wird, in welchen wir tatsächlich die Verbigerationen sprachverwirrter Katatoniker mitunter rasch auslaufen sehen. (Eigenbericht.)

Diskussion: *Neisser* möchte nur kurz zum Ausdruck bringen, daß er Herrn *Pfister* durchweg beistimme, auch da, wo derselbe einigen früher von ihm formulierten Anschauungen entgegengetreten sei. Nur an einem Punkte möchte er *Pfister* gegenüber festhalten, daß nämlich zur Kennzeichnung des Wesentlichen bei einer Verbigeration die Wiedergabe in direkter Rede erforderlich sei. Er glaube, daß ihm alle Anwesenden beistimmen würden, daß auch das von Herrn *Pfister* hier mitgeteilte Beispiel seine charakteristische Eigenart vollständig verloren haben würde. Er lege darauf Gewicht, weil dem eine über das Deskriptive hinaus etwas tiefergreifende Bedeutung zukomme. Es sei dies nämlich damals der von ihm gemachte erstmalige Versuch einer Scheidung zwischen den formalen Störungen der Bewußtseinstätigkeit und den inhaltlichen Störungen gewesen. Inzwischen — seine Arbeit liege ja nun 18 Jahre zurück — sei diese Unterscheidung Gemeingut geworden und durch *Wernicke* und andere viel tiefergründiger und umfassender durchgeführt. Das eine aber gebe er dem Herrn Vortragenden zu, daß bei diesen Fällen von Verbigeration in fortlaufender Rede, wofür der mitgeteilte Fall ein sehr hübsches Beispiel biete, die Annahme nicht von der Hand zu weisen sein dürfte, daß nicht lediglich ein den Sprachapparat betreffender Reiz den Anstoß zur Verbigeration gegeben habe.

Pfister verweist auf die Publikation, die seine Ausführung eingehender begründen werde, als dies im kurzen Vortrag möglich sei. Der Unterschied liege seines Erachtens bei seinem Fall gerade darin, daß die bei den anderen Verbigeranten in den Stereotypen oder Einschiebseln zumeist deutlich zutage tretenden sprachlichen Zerfallserscheinungen (Anakoluthe, Agrammatismen, Neubildungen usw.) die Wiedergabe in indirekter Rede unmöglich mache, während hier eine Umsetzung der deutschen wie französischen Vozifikationen Wort für Wort möglich sei, ohne daß Spezifisches zerstört werde.

Rosenfeld-Straßburg i. E.: „Über psychische Störungen bei Apathikern.“

Wenn man die Krankengeschichten der Apathiker durchgeht, namentlich die in der älteren Literatur niedergelegten, so wird man in einer großen Zahl derselben nur spärliche Angaben über die allgemeinen geistigen Fähigkeiten, speziell über die Intelligenz der Kranken, finden. Das liegt zum Teil

man, daß die Prüfung der Intelligenz solcher Kranker auf Schwierigkeiten stößt, namentlich, wenn es sich um sensorisch-aphasische oder um paraphasische Kranke handelt, bei denen es eben oft nicht gelingt, Fragen zum vollen Verständnis der Kranken zu bringen. So kann es leicht vorkommen, daß intellektuelle Defekte durch die genannten Störungen vorgetäuscht werden. Und solche Irrtümer sind tatsächlich nicht selten passiert. *Liepmann* hat sich erst vor kurzem darauf hingewiesen, daß die von *Griesinger* beschriebenen Bewegungsverwechslungen später fälschlicherweise von namhaften Autoren auf Mangel des Wortverständnisses bezogen wurden. Ferner war die Hauptaufmerksamkeit der Beobachter darauf gerichtet, eine genaue Lokalisation der Störungen zu erreichen und die klinischen Symptome unter gewisse *chemata* einzuordnen, welche auf der Vorstellung basierten, daß den verschiedenen Aphasieformen anatomische Läsionen der verschiedenen Zentren der deren Verbindungsbahnen entsprechen müssen. So stellten *Lichtheim*, *Vernicke* und *Bastian* besondere klinische Formen nach örtlicher Lokalisation auf.

Man wird *Monakow* recht geben müssen, wenn er in der neuesten Auflage seiner Gehirnpathologie sagt, daß die Frage nach der wirklichen Einwirkung der geistigen Fähigkeiten bei Erwachsenen, welche einen scharf umrenzten Herd in der Sprachregion haben, noch eines eingehenden Studiums bedarf.

Natürlich war es den Beobachtern durchaus nicht entgangen, daß die geistigen Fähigkeiten der Aphasiker oftmals, ja vielleicht immer von der Norm abweichen. Sie finden bei *Kußmaul* bereits den nachdrücklichen Hinweis auf die Beziehungen der Wortamnesie zu der Intelligenz. Nach *Lichtheim* ist die amnestische Aphasie überhaupt nur eine Teilerscheinung von allgemeiner Gedächtnisschwäche. *Naunyn* pflegte stets auf die allgemeinen psychischen Störungen der Aphasiker hinzuweisen, die namentlich bei dem Versuch, die Sprache wieder zu erlernen, zutage traten. Also daß allgemeine psychische Störungen die als Herdsymptom aufgefaßten aphasischen Störungen begleiten können, ist schon lange bekannt.

Umgekehrt wurde nun aber auch beobachtet, daß in Fällen, bei welchen nach dem klinischen Verlauf und eventuell auch nach der Autopsie eine ganz diffuse Schädigung des Gehirns und überhaupt keine anatomischen Veränderungen anzunehmen waren, Symptome, speziell auch aphasieartige Symptome, beobachtet wurden, die in anderen Fällen auf eine herdförmige Erkrankung zurückgeführt wurden. Die Beobachtung, daß durch hypnotische Suggestion mancherlei Störungen der Sprache, wie die Alexie und Agraphie, hervorgerufen werden, daß unter Alkohol- und Chloroformintoxikationen mangelndes Sprachverständnis, Wortamnesie und asymbolieartige Symptome zustande kommen, wiesen darauf hin, daß die Änderung der allgemeinen psychischen Leistungsfähigkeit im einzelnen Falle eine große Bedeutung für das Zustandekommen aphasischer oder asymbolieartiger Symptome haben kann. Es ließ sich ferner nachweisen, daß nach schweren Kopftraumen aphasische Störungen dadurch zustande kommen können, daß eine zeitliche Verzögerung der

Perzeption von Klangbildern und Symbolen bestand, und die Kranken nicht zu einer Zusammenfassung der einzelnen Eindrücke innerhalb einer Zeiteinheit gelangen konnten.

Es wurden ferner von verschiedenen Seiten Fälle mitgeteilt, in denen die klinischen Symptome auf eine zirkumskripte Hirnerkrankung hindeuteten und in der Sektion eine diffuse Veränderung gefunden wurde. Diese Fälle sind für die Aphasieforschung von Bedeutung geworden, und *Heilbrunn* stellt in seiner bekannten Arbeit über Demenz und Aphasie die berechtigte Behauptung auf, daß wir in einem Falle einer scheinbar ganz zirkumskripten Läsion gar nicht wissen können, inwieweit das klinische Bild durch den groben Herd oder durch sekundäre, mehr diffuse Schädigung des ganzen Gehirns zustande kommt. Alle diese Beobachtungen lehrten, eine gewisse Vorsicht walten zu lassen, wenn man scheinbar isolierte, anatomische Herde für die klinischen Symptome verantwortlich macht; sie lenkten immer wieder von neuem die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der allgemeinen psychischen Störungen für das Zustandekommen sogenannter Herdsymptome.

Welche psychische Symptome wurden nun bei Aphasie beobachtet? Insbesondere, welche Symptome sprachen für die Abnahme der Intelligenz? (N.B. Immer nur in bezug auf den erwachsenen Menschen mit zirkumskripten Läsion in der Sprachregion.) Man findet darüber folgende Angaben in der Literatur:

Es werden erwähnt: Indifferenz dem Leiden gegenüber, Abnahme des Interesses für die Umgebung, Abnahme des Interesses für den eigenen Beruf. Die Störung des Wortverständnisses kommt dem Kranken nicht in der Weise zum Bewußtsein, wie etwa bei den subkortikalen Läsionen, welche als *Aphemie* bezeichnet werden. Der Worttaube scheint nie um eine Antwort verlegen, auch wenn er die Frage offenbar gar nicht verstanden hat. Er antwortet gelegentlich in ganz unpassender Weise. Dadurch entstehen Vorbeireden und sogenannte Scheingespräche. Ferner hinterlassen die unmittelbar vorher ausgesprochenen oder gehörten Worte nur geringe Spuren im Gedächtnis. Mühsam eingelernte Vokabeln werden sehr rasch wieder vergessen, wenn nicht eine dauernde Übung stattfindet. Urteilsschwäche, Herabsetzung der Gedankenschärfe und Logik werden von anderen Autoren als Begleitsymptome der Aphasie erwähnt. Auch die Agraphie wurde seinerzeit als ein stets bei der Aphasie vorhandenes Symptom geschildert, während in der letzten Zeit die Existenz der isolierten Agraphie gelehrt wird.

Manche Fälle in der Literatur sind nicht einwandsfrei, weil eine diffuse Erkrankung, insbesondere die Arteriosklerose, nicht immer ausgeschlossen werden konnte.

Über die Häufigkeit des Vorkommens psychischer Symptome bei der Aphasie sind folgende Angaben zu machen:

Nach *Monakow* braucht die Intelligenz trotz bestehender Worttaubheit nicht unter allen Umständen schwer gestört zu sein. Ein völliges Fehlen psychischer Symptome kommt aber kaum vor. Nach *Bastian* wird selbst in

in Fällen, in denen keine Agraphie vorhanden war, also die Störung eine möglichst zirkumskripte ist, eine mehr oder weniger deutliche Abnahme der psychischen Symptome beobachtet, im Gegensatz zu der Aphemie, welche von psychischen Störungen absolut frei sein muß. Die Gründe, welche *Bastian* hierfür bringt, sind die, daß durch die Aphasie das Gehirn tiefer und weitwender geschädigt wird als bei der Aphemie, und daß bei der Aphasie eine Art des Wortgedächtnisses ausgeschaltet wird. Da diese Partialgedächtnisse in ihrer Bedeutung für das Denken sehr verschieden sind, so ist es begreiflich, ja direkt zu erwarten, daß die Läsionen der Zentren, welche mehr mit dem Ausdruck des Denkens als mit dem Denken selbst zu schaffen haben, im geringeren Maße zu Störungen der Intelligenz führen werden. Die allgemeine Anschauung scheint also dahin zu gehen, daß bei motorischer Aphasie die Begriffe als solche, die Ordnung der Gedanken, die Urteilskraft nicht oder nur wenig beeinträchtigt sind, und daß kompliziertere geistige Errichtungen, die ohne Worte sich vollziehen, gut vonstatten gehen (Spiele, gewisse Arten von beruflicher Tätigkeit).

Läsionen in denjenigen Hirnpartien, welche mehr die perzeptiven Sprachkomponenten enthalten, also namentlich den Temporallappen, sind für die allgemeinen psychischen Funktionen verhängnisvoller. Es erscheint durchaus verständlich, daß die Störungen im Sprachverständnis sowie der Mangel an Fähigkeit, Klangbilder innerlich zu wecken, auf die Dauer die Urteilskraft und logische Schärfe der Gedanken herabsetzt, auch wenn keine Seelenblindheit und Asymbolie besteht. Die perzeptive Selbstkontrolle bei der mündlichen Produktion fehlt; dies wird ebenfalls auf die Ordnung des Gedankenablaufes und auf die Bildung zusammenhängender Vorstellungsreihen einen ungünstigen Einfluß haben.

Gibt es nun überhaupt sicher beobachtete Fälle von Aphasie, und namentlich bei Herden in der *Brokaschen* Windung ohne Agraphie, in denen psychische Störungen vollkommen vermißt wurden? *Banti* beschreibt einen solchen Fall und *Bastian* meint, daß die Abnahme der geistigen Funktionen in diesem Falle nicht stärker war als in einem Falle von Aphemie. *Bastian* meint ferner, er würde diesen Fall nach den klinischen Symptomen allein für eine komplette Aphemie gehalten haben. Man könne also allein aus dem klinischen Verhalten in solchen Fällen nicht mit Sicherheit die Differentialdiagnose zwischen Aphasie und Aphemie machen. Das, was in jenem Falle an positiven intellektuellen Leistungen konstatiert wurde, dürfte aber doch hinter der Norm zurückbleiben. Dasselbe gilt auch von manchen anderen Fällen, bei welchen die Intelligenz angeblich intakt befunden wurde.

Schließlich ist für das Zustandekommen und die Art der aphasischen Störung noch von Bedeutung, welcher Art die Erkrankung ist, inwieweit eine diffuse Erkrankung vor dem Einsetzen der akuten herdförmigen Störung bestanden hat, wie lange die Erkrankung besteht, wie alt das erkrankte Individuum ist, und ob es sich im gegebenen Falle um sogenannte Hör- oder Sehmenschen handelt. Das Affektleben kann bei Aphasischen gestört sein

insofern, als eine auffällige Weichheit des Gemüts und rasch wechselnde affektive Ausdrucksbewegungen mit oder ohne tiefen Affekt bestehen können. Jedoch ist es in vielen Fällen sehr fraglich, ob derartige Störungen überhaupt durch Erkrankung der Sprachregion direkt oder indirekt zustande kommen, da herdförmige Läsionen durch Gefäßerkrankung (Arteriosklerose) häufig Individuen treffen, welche schon vorher an deutlichen affektiven Störungen gelitten haben.

Diejenigen Fälle nun, bei welchen große Herde bestehen und die sensorisch-aphasischen Störungen sehr hervortreten, bieten, wie oben erwähnt, der Untersuchung große Schwierigkeit.

Besonders geeignet für die Untersuchung erscheinen also Fälle von motorischer Aphasie oder solche Fälle, in denen nach dem klinischen Verlauf oder nach der Ätiologie nur eine ganz geringfügige Beschädigung der perzeptiven Sprachregion sich annehmen läßt, bei denen das Sprachverständnis und die Wortfindung nur in geringem Maße gestört sind und ein allgemeines über das ganze Gehirn verbreitetes Hirnleiden auch ohne Sektion sich ausschließen läßt.

Über solche Fälle möchte ich hier berichten, und zwar nur über ihr klinisches Verhalten, ohne die Lokalisationsfrage zu berühren.

Bei den Untersuchungen bediente ich mich des Schemas für die Intelligenzprüfungen, welches *Rieger* aufgestellt hat, und der Schemata für die Orientierung, das Assoziationsvermögen und das Rechenvermögen nach *Sommer*.

Bei einer 42-jährigen gebildeten Frau mit Mitralstenose trat unter leichten zerebralen Symptomen ganz plötzlich Sprachverlust ohne andere Herdsymptome auf. Als sie zuerst zur Untersuchung kam, fand sich noch eine deutliche Erschwerung der Wortfindung, eine ganz geringe Störung des Wortverständnisses und Paraphasie. Es ließ sich nun folgendes konstatieren:

Perzeption und Apperzeption erwiesen sich als ungestört. Die optische und akustische Merkfähigkeit war reduziert. Dies ließ sich nachweisen beim Lesen weit auseinander stehender Buchstaben, beim Versuch mit der Spalte, beim Fingerversuch, und beim Nachsprechen von Worten nach kürzerer oder längerer Zeit. Auch beim Rechnen, speziell beim Multiplizieren und Addieren zweistelliger Zahlen, trat die Störung deutlich hervor. Das identifizierende Erkennen ohne Sprache war intakt, auch für Buchstaben und Worte. Bei der unmittelbaren Nachahmung lag die Gedächtnisgrenze bei vierstelligen Zahlen. Bei der Prüfung der durch rein innere Assoziation ablaufenden Vorstellungen zeigte sich, daß die Kranke das Alphabet nicht mehr in der richtigen Reihenfolge sagen konnte. Die anderen Vorstellungsreihen, welche hier in Betracht kommen, waren ungestört. Die Antwort „nein“ brauchte stets längere Zeit als die Antwort „ja“; die Patientin konnte weder nachsingen noch nachpfeifen, was ihr früher durchaus möglich war. Melodien, welche sie auswendig gekonnt, sind auch jetzt noch richtig reproduzierbar. Reizworte (Tabellen von *Sommer*) wurden einfach wiederholt.

Im übrigen zeigte sich die Kranke völlig zeitlich und örtlich orientiert, sorgte ihren Haushalt, machte Einkäufe und benahm sich vollkommen gut. Ihr allgemeines Benehmen war so, daß bei oberflächlicher Betrachtung überhaupt eine Störung nicht hervortrat.

Vergleicht man mit diesem Falle die Protokolle, welche nach derselben de bei einer 40jährigen Frau mit linksseitiger, totaler Lähmung aufgenommen wurden, so findet man, daß hier die Merkfähigkeit vollkommen erhalten, die Gedächtnisgrenze erst bei achtstelligen Zahlen liegt; bei dem Versuch traten keine Störungen hervor, das Auseinanderziehen der Buchstaben bedingte keine Störung der Lesefunktion, das Rechenvermögen war ungestört, ebenso die nach inneren Assoziationen ablaufenden Reihen. Reizwörter wurden einfach wiederholt oder ins Französische übersetzt.

Ein 27jähriger Architekt erhielt eine Stichverletzung, die nach der Art der Wunde den linken Schläfenlappen getroffen haben mußte. Der Kranke blieb nicht bewußtlos; er hielt sich unmittelbar nach dem Stich überhaupt für schwer verletzt; er wollte gleich nachher notdürftig verbunden in sein Kolleg gehen. Sein mangelhaftes Sprachverständnis kam ihm selbst zum Bewußtsein. Zunächst wurde eine sehr starke Störung der Wortbildung, des Sprachverständnisses und Paraphrasie konstatiert. Vorbeireden und Scheingespräche fanden sich in diesem Stadium sehr deutlich. Später, als das Sprachverständnis sich gebessert hatte und nur noch bei komplizierten Fragen eine Störung zutage trat, bestand noch deutliche Paralexie, vollkommen aufgehobenes Verständnis für das Gelesene. Die Prüfung der akustischen Merkfähigkeit ergab auch jetzt noch eine hochgradige Störung. Erwähnenswert ist noch die Art, wie der Kranke auf Reizwörter reagierte. Während die beiden anderen Kranken einfach die Reizwörter wiederholt hatten, beantwortete dieser Kranke die Reizwörter in folgender Weise:

Fluß	wie hier die Ill
Tal	so ein Lauf
Stern	wie am Himmel ist
Magen	Magen, wenn man zu viel ißt.

Auch bei Adjektiven verhält es sich ähnlich:

breit	vielleicht so 4 Meter breit
hoch	vielleicht so 4 1/2 Meter hoch
tief	ja unten oder so dazwischen.

Zum Schlusse, als alle aphasischen Störungen sich verloren hatten, blieb noch eine leichte Störung der Merkfähigkeit und ein Unvermögen, die Begriffe dem Kranken ganz geläufigen mathematischen Begriffen zu reproduzieren. So brachte er z. B. den pythagoräischen Lehrsatz und Sätze aus der Trigonometrie nicht mehr zusammen. Auch diese Störung verlor sich mit der Zeit.

Vergleicht man mit diesem Fall einen 37jährigen Mann, der eine linksseitige Lähmung und Aphemie vor einem Jahre erlitten hatte, welche Störungen sich jedoch vollständig zurückgebildet hatten, so fand sich,

daß alle Störungen vollkommen fehlten. Es war nur auffällig, daß der Kranke die Reizworte einfach wiederholte oder überhaupt nicht auf dieselben reagierte.

Ein weiterer Fall betraf einen 37jährigen sehr intelligenten Kunstschreiner, der eine schwere Gehirnerschütterung erlitten hatte. Die linke Hemisphäre war offenbar besonders stark betroffen. Dafür sprachen die örtlichen Verletzungen, das Auftreten nur rechtsseitiger Krämpfe und schwerer aphasische Störungen. Nach Monaten, als alle akuten Symptome geschwunden waren, nachdem das Sprachverständnis sich vollkommen wieder hergestellt hatte und das spontane Sprechen nach Form und Inhalt ungestört war, ließ sich noch eine eigentümliche Störung im Lesen und Schreiben nachweisen, die als Paralexie und Paragraphie zu bezeichnen war und Zuständen gleich war wie sie bei Alkoholkranken gelegentlich vorkommen.

Einige Beispiele seien hier erwähnt:

Patient liest Buchstabenreihen ganz falsch, statt r u o liest er p h v. Statt Heimat „allemanisch“, statt Journal „hochachtend“, statt Zahl der Kinder „nach der Rückkehr“, on n'est jamais, er buchstabiert richtig und sagt dann „jami Johanna“.

Eine Simulation dieser eigentümlichen Störung war auszuschließen. Patient hatte keinerlei Ansprüche auf Entschädigung. Hysterische Symptome fehlten vollständig. An einzelnen Untersuchungstagen konnte der Kranke die oben genannten Worte durchaus richtig lesen, er las dann andere falsch. Die Größe der Buchstaben war für das Zustandekommen der Störung von Wichtigkeit; die Zahl der Fehler stieg umgekehrt proportional der Größe der Buchstaben. Die optische Merkfähigkeit war gestört, die akustische Merkfähigkeit war gut. Der Kranke behielt sogar einzelne Fehler, die er beim lauten Lesen gemacht hatte. Die Paralexie war in diesem Falle durch eine Störung der Aufmerksamkeit zu erklären.

Nach zwei Jahren trat das Symptom der Paralexie nur dann hervor, wenn man die Distanz der Buchstaben auf 3 bis 4 cm vergrößerte. Der Spaltversuch ergab auch jetzt noch eine deutliche Störung.

Schließlich sei noch ein Fall erwähnt, der dadurch von Interesse ist, daß es sich um ein zweisprachiges Individuum handelt, welches ganz plötzlich von einer totalen Hemiplegie mit Hemianopsie und totaler Aphasie betroffen wurde. Es handelte sich wahrscheinlich um eine Embolie. Der Kranke hatte von Hause aus nur französisch gesprochen und hatte deutsch erst im 14. Jahr angefangen zu lernen. Die Restitution beider Sprachen fand nun in folgender Weise statt: Der Kranke lernte zunächst nur das Verständnis für das Französische; an einem Untersuchungstage, an welchen er die Fragen Nr. 2, 3, 5 und 8 des Sommerschen Schemas vollkommen verstand, fehlte ihm noch jegliches Sprachverständnis für Deutsch. Er sprach deutsch aber ganz sinnlos nach mit Wortverstümmelungen und französischem Akzent. Perzeption und Apperzeption waren durchaus normal. Die nach inneren Assoziationen ablaufenden Vorstellungsserien konnten nur in französischer

prache produziert werden. Sein Rechenvermögen war für beide Sprachen aufgehoben.

Bei seiner Entlassung war das Sprachverständnis für beide Sprachen vollkommen wieder hergestellt; er konnte nur ungewöhnliche deutsche Worte schwer verstehen. Seine Merkfähigkeit war im wesentlichen normal; nur beeinträchtigte die Auseinanderziehung von Buchstaben noch eine deutliche Störung.

Es wäre von Interesse, mit diesem Kranken andere aphasische zu vergleichen, welche von Hause aus zweisprachig gewesen sind. Der einzige erartete Fall, den ich zu untersuchen bekam, betraf einen 62jährigen Kaiser, der beide Sprachen gleichmäßig gut von Jugend auf beherrschte, und bei welchem plötzlich nach Art eines apoplektischen Anfalles eine Störung des Sprachverständnisses und der Wortfindung aufgetreten war. Die Untersuchung ergab, daß hier tatsächlich sehr wesentliche Unterschiede gegenüber dem vorigen Falle bestanden, insofern als beide Sprachen ziemlich gleichmäßig getroffen waren. Es ist aber die Möglichkeit vorhanden, daß es sich in diesem Falle um eine allgemeine Gehirnarteriosklerose handelt und nicht um einen isolierten Herd im Temporallappen.

Das Aphasiematerial einer psychiatrischen Klinik pflegt nicht sehr groß zu sein. Nicht jeder Fall eignet sich zu derartigen Untersuchungen. Dieser Umstand möge es entschuldigen, wenn ich nur eine bescheidene Zahl von Untersuchungsprotokollen mitteilen kann. Sie können einen Beitrag liefern zu den psychischen Störungen bei und nach Läsionen der Sprachregion. Sie rechtfertigen die Annahme, daß sensorische aphasische Störungen stets von anderen psychischen Störungen begleitet werden. Ob die reine motorische Aphasie ganz ohne psychische Störungen abläuft, werden erst weitere Untersuchungen zeigen müssen.

Die genauere Analyse der einfacheren psychischen Störungen bei organischem Gehirnleiden wird für die Diagnostik der Gehirnkrankheiten noch eine größere Bedeutung gewinnen. (Eigenbericht.)

Hoche-Freiburg: „Kritisches zur psychiatrischen Formenlehre.“¹⁾

Der unbefriedigende Zustand der psychiatrischen Formenlehre wird allgemein zugegeben. Trotz der Erfahrungen über die Entwicklung unserer klinischen Anschauungen besteht die Hypothese allgemein zu Recht, daß alle psychischen Störungen in bestimmten „Formen“ verlaufen, die wir bloß noch nicht kennen. Für einen großen Teil von Seelenstörungen ist die Abgrenzung in gesetzmäßig wiederkehrenden anatomischen Befunden gegeben; andere werden durch identische äußere Momente u. dergl. zusammengehalten; es bleibt dann noch ein Rest von psychischen Störungen, deren Gebiet den

¹⁾ Der nachstehende kurze Auszug ist nur bestimmt, die allgemeine Richtung des Vortrages anzugeben; bezüglich aller Einzelheiten wird auf die ausführliche Veröffentlichung verwiesen, die in *Gaupp's* Zentralblatt erfolgt

eigentlichen Schauplatz der klassifikatorischen Nöte und Kämpfe darstellt, und welche zur Zeit mit mehr oder weniger großer Befriedigung in den Rubriken der akuten und chronischen Wahnbildung, der halluzinatorischen Verwirrtheit, der Stimmungsanomalien, des Stupors usw. untergebracht werden. Das unleugbare Vorkommen aller möglichen Übergangsformen, die Aussichtslosigkeit einer allen gemeinsamen Identifizierung auf dem Wege einer immer feiner differenzierenden Verteilung legt den Gedanken nahe, daß für die genannten Krankheitsgebiete das Streben nach reinen Krankheitstypen eine Jagd nach einem Phantom darstellt; möglicherweise wird es sich hier um individuelle Gestaltungen der psychischen Störungen handeln, die sich einem Schema so wenig fügen wollen wie die Erscheinungen des Seelenlebens beim Geistesgesunden. Das Vorliegen von Gesetzmäßigkeiten überhaupt ist damit keineswegs bezweifelt; nur braucht sich die Gesetzmäßigkeit nicht darin kund zu tun, daß sie klinische Bilder liefert, die von den heute für wesentlich gehaltenen Gesichtspunkten aus identisch sind.

Die Hoffnung, daß für die Abgrenzung und Einteilung der geschilderten Krankheitsgebiete die pathologische Anatomie eine starke Hilfe sein werde, ist gering, so sehr diese Hoffnung bisher fast allgemein die Voraussetzung aller Erörterungen gewesen ist. Gerade das vielzitierte Beispiel der progressiven Paralyse ist geeignet, diese Hoffnung herabzustimmen, denn es zeigt, daß bei einem verhältnismäßig einheitlichen anatomischen Vorgange alle denkbaren Gestaltungen psychopathologischer Symptome vorkommen. Die Anwendung der Idee von einer demonstrablen pathologischen Anatomie, z. B. der Stimmungsanomalien, der Ideenflucht, der Hemmung usw. auf konkrete Fälle führt zu ganz absurden Konsequenzen. Wir haben heute einen Anfang des Verständnisses für die Erzeugung psychischer Ausfallserscheinungen durch anatomische Prozesse; allen qualitativen zum Teil flüchtigen Funktionsänderungen stehen wir in dieser Hinsicht ganz ratlos gegenüber. Wie soll die pathologische Anatomie da helfen bei den Geistesstörungen, die sich gerade aus solchen flüchtigen qualitativen Änderungen zusammensetzen? Der Wert der notwendigen pathologisch-anatomischen Durchforschung des Zentralorgans eines Geisteskranken wird dadurch nicht vermindert, daß man zu erkennen versucht, wo die Grenze der Leistungsfähigkeit für klinische Fragen verläuft, und die klinische Arbeit würde dadurch nicht ärmer an Bedeutung, wenn sie aufhören würde, einen guten Teil ihrer Kraft an die vielleicht prinzipiell unlösbare Aufgabe einer befriedigenden Klassifikation zu setzen, solange noch in dem Ausbau der Symptomenlehre soviel zu tun bleibt.

(Eigenbericht.)

Diskussion: *Alzheimer*: Herr *Krapelin* würde dem Herrn Vortragenden gewiß darin beistimmen, daß sich heute noch einer scharfen Abtrennung der einzelnen psychischen Krankheiten außerordentliche Schwierigkeiten entgegenstellen. Einen Anspruch darauf, daß die heutige Fassung seines Lehrbuchs etwas Fertiges darstelle, erhebe er selbst nicht. Es sei aber wohl leichter.

Einwände dagegen geltend zu machen, als etwas Besseres dafür zu setzen. Niemals aber werde *Kraepelin* zugeben, daß sich die klinische Psychiatrie schon auf einem so vorgeschrittenen Standpunkte befinde wie die innere Medizin, und daß es fruchtloses und vergebenes Bemühen sei, in den Versuchen, die Krankheitsbilder schärfer zu umgrenzen, fortzufahren. Auf dem Wege sei doch schon manches erreicht worden, warum sollte er nicht noch weiter führen? Daß eine weitere Vertiefung der Symptomenlehre nötig sei, werde auch in München betont.

Was das anatomische Dogma betreffe, so bleibe er trotz *Hoches* Bedenken in treuer Anhänger desselben. Solange wir noch so weit von einer Erkenntnis des Baues der normalen Hirnrinde entfernt seien, wie jetzt, erscheine es kaum gerechtfertigt, zu sagen, manche psychische Krankheiten könnten keinen pathologischen Befund haben. Dem manisch-depressiven Irresein, das der Herr Vortragende herangezogen habe, könnten gewiß nur sehr subtile Veränderungen zugrunde liegen. Es habe auch noch niemand behauptet, sie gefunden zu haben. Wie es der pathologischen Anatomie gelungen sei, die sogenannten organischen Psychosen aufzuteilen, so werde sie auch schließlich mit einer zunehmenden Verfeinerung ihrer Hilfsmittel mit den übrigen fertig werden.

Die klinischen Symptome einer Krankheit aus dem anatomischen Befund zu erklären, habe er wiederholt als vorläufig völlig unmöglich erklärt. Aufgabe der pathologischen Anatomie könne es zunächst nur sein, verschiedenartige Gewebsveränderungen für die verschiedenen Psychosen festzustellen.

Gaupp: Ich stimme den theoretischen Ausführungen *Hoches* über die Unmöglichkeit, aus anatomischen Befunden psychische Symptombilder zu erklären, zu, halte aber andererseits den skeptischen Standpunkt des Vortragenden bezüglich der Schaffung von einheitlichen Krankheitsformen nicht für notwendig. Zweifellos verwischt der individuelle Faktor bei komplizierten Krankheitsbildern bisweilen das „Typische“ mancher Psychosen, macht aber, wie ich glaube, darum die Aufstellung einer psychiatrischen Formenlehre noch nicht unmöglich. Die Forschungsrichtung, die nach dem Beispiel von *Kahlbaum* und *Kraepelin* vom klinischen Standpunkt aus zu klassifizieren sucht und dabei in den Ergebnissen der pathologischen Anatomie eine zunehmend wertvollere Unterstützung und Ergänzung findet, ist auch noch so jung und noch so wenig Gemeingut der Ärzte, daß eine Resignation, als ob auf diesem Wege nichts mehr zu tun sei, verfrüht erscheinen muß. Ich gebe das Unbefriedigende und durchaus Provisorische der heute von *Kraepelin* bezüglich der *Dementia praecox* usw. vertretenen Anschauungen unumwunden zu und glaube, daß hier noch vieles anders werden wird und muß: ich sehe aber in diesem Umstand keinen Grund, die Bestrebungen, die eine klinische Formenlehre vor allem zum Ziele haben, als aussichtslos zurückzustellen. Die Bedürfnisse der Praxis, namentlich die Aufgabe der Stellung einer zuverlässigen Prognose, sind so gebieterisch, daß sie uns immer wieder, trotz aller Mißerfolge im einzelnen, darauf hinweisen, an der Schaffung klinischer Krank-

heitseinheiten im Sinne von *Kahlbaum* und *Kraepelin* zu arbeiten. Daß über dieser Arbeit der feinere Ausbau der Symptomatologie, die ätiologische Forschung und vieles andere nicht vernachlässigt werden darf, gebe ich *Hoche* gerne zu.

Cramer stimmt im allgemeinen *Hoche* zu; nur in bezug auf das „anatomische Dogma“ weiche er von *Hoche* ab und nähere sich *Alzheimer*. Diejenigen Psychosen, welche bisher einen bestimmten pathologisch-anatomischen Befund erkennen lassen, seien Psychosen, welche klinisch durch die Begleitung der Erscheinungen der Neuronerkrankung ausgezeichnet seien (Paralyse, senile Demenz, arteriosklerotische Atrophie, syphilitische Psychose). Bei den sog. funktionellen Psychosen habe man aber mit verschwindenden Ausnahmen niemals die klinischen Erscheinungen der Neuronerkrankungen. Wir müßten deshalb auch ganz andere Befunde dabei erwarten, um so mehr als bei diesen Psychosen die Krankheit sich immer in komplexen assoziativen Störungen, deren Grundlage in der gesamten Hirnrinde zu suchen sei, kundgebe. Wir fänden aber hierbei fast immer etwas, wenn wir nur genau untersuchten, wenn auch nichts charakteristisches. Dagegen seien wir imstande, akute und chronische Psychosen zu unterscheiden.

Binswanger: Hinsichtlich des anatomischen oder richtiger pathologisch-histologischen Dogmas möchte er auf Grund folgender Konsequenzen der Skepsis *Hoches* beipflichten. Alle die von *Alzheimer* erwähnten Psychosen (auch die *Dementia praecox* in ihren Endstadien) seien typische Bilder der mit bleibender Zellschädigung verlaufenden Formen psychischer Störung. Hier sei die Feststellung des pathologisch-histologischen Befundes möglich und auch schon Dank der Arbeiten *Nissls* und *Alzheimers* meist schon erreicht. Dagegen werde diese Feststellung unmöglich sein oder doch unvollkommen bei allen Fällen mit ausgleichbaren Schädigungen der Nervenzellen resp. Neuronen. Hierher gehöre die Mehrzahl der akuten und sehr häufig durch toxische Schädlichkeiten verursachten Psychosen. Nur in den Fällen solcher tiefgreifenden allgemeinen Erkrankungen des Gehirns und anderer Organe, die im akuten Stadium zugrunde gehen, werde die anatomische partielle oder allgemeine Schädigung der Rindenneurone nachgewiesen; in allen zur Heilung verlaufenden Fällen schwinde die anatomische Schädigung. Selbstverständlich gebe es bei den nicht akut tödlich verlaufenden Fällen Endausgänge in eine unausgleichbare Schädigung mit dem klinischen Befunde der intellektuellen Defekte und dem anatomischen Befunde der Rindenerkrankung. Trotz des durchaus erklärlichen Pessimismus — alle klinischen Bilder seien zerstört worden, bevor der Neubau des klinisch-symptomatischen Gebäudes erreicht sei — werden wir nicht einer Negation aller klinischen Diagnostik verfallen, sondern überzeugt sein, mit genügender Sicherheit feste Normen der Diagnostik zu finden.

Buchholz-Hamburg: Wenn *Hoche* verlange, daß die pathologische Anatomie jede einzelne psychische Anomalie erklären solle, so müßten wir erst eine Physiologie der Gehirnrinde haben, welche das normale Seelenleben

re. Ob wir das jemals erreichen, erscheine ihm mehr als fraglich. Wir
 en uns daher mit Hypothesen zufrieden geben, daß ein normales Gehirn
 normalen Ernährungsverhältnissen normal reagiere. Deswegen dürfe
 doch die pathologische Anatomie mit der nötigen Vorsicht durchaus
 weiter zu bearbeiten sein. Er halte es bei der weitgehenden Negation
 rfreulich, daß doch auch von einzelnen Seiten darauf hingewiesen werde,
 wir auch etwas wissen. Das sei schon im Hinblick auf unsere vielen
 er erforderlich. Daß unsere Anschauungen einem Wechsel unterworfen
 . mache dabei nichts aus.

Hoche (Schlußwort): Gegenüber den zum Teil mißverständlichen Auf-
 ngen meines Vortrages verweise ich auf die ausführliche Veröffentlichung.

Alt-Uchtsprings: „Ernährungstherapie der Basedowschen
 nkrankheit.“

Vortragender glaubt auf Grund von mehrjährigen Erfahrungen beweisen
 können, daß eine allen Komponenten des Stoffwechsels Rechnung tragende
 bei Basedowkranken gute Erfolge zu erzielen vermöge.

Bei den Myxidioten hatte er trotz der durch Schilddrüsendarreichung
 fachten lebhaften inneren Verbrennung regelmäßig beträchtlichen Eiweiß-
 tz und damit Erhöhung der Körperkraft beobachtet, wenn nur entsprechende
 einfuhr von Kalorien, namentlich in Form von Fett und Eiweiß, stattfand.

Diese Beobachtung legte den Gedanken nahe, man könne auch bei der
 igstens zeitweise mit Hypersekretion der Schilddrüse einhergehenden
 edowschen Krankheit, bei der ebenfalls eine erhöhte innere Oxydation
 findet (*F. Müller* u. a.), durch zweckmäßige Ernährung den Kräfteverfall
 erten und Mehransatz von wertvoller Körpersubstanz erzielen. Es schien
 d von vornherein die Art der Nahrungsmittel nicht gleichgültig zu sein,
 die Beobachtung von alimentärer Glykosurie und auch von Diabetes bei
 drow auf einen zu niedrigen Stand der Toleranzgrenze für Kohlehydrate
 diesen Kranken hindeuteten, um ohne Schaden ihren großen Brennbedarf
 riegend durch Kohlehydrate decken zu dürfen. Auf Grund dieser Er-
 ungen behandelte Vortragender zwölf Basedow-Fälle; bei neun von ihnen
 den Monate hindurch genaue Stoffwechseluntersuchungen vorgenommen.
 i dieser Fälle schaltet Vortragender von der Beobachtung aus; sie zeigten
 ihrem Verhalten einen Anklang an Myxidiotie. Den übrigen Fällen war
 beträchtliche Niereninsuffizienz gemeinsam, meist bestanden Ödeme.
 wurde von Beginn der Behandlung an eine salzarme Kost, vorwiegend
 h. gegeben; in den ersten Tagen trat durchweg Gewichtsabnahme ein.
 auf Entfernung der aufgespeicherten Salze und der dazu gehörigen Wasser-
 ngen zurückzuführen war. Sobald die Salzausscheidung der Salzzufuhr
 sprach, war in der Regel mit dem Schwinden der Ödeme und einer Ab-
 me der Halsanschwellung eine wesentliche Besserung der Herztätigkeit
 l Verminderung der subjektiven Beschwerden festzustellen.

Mit einer Ausnahme zeigte der Urin bei allen Kranken. bei relativ kohlehydratarmer Kost von 300 g, reduzierende Substanzen. und nach einmaliger Darreichung von etwa 80 g Zucker trat auch die betreffende Zuckerart im Harn auf. Der Kalorienbedarf war bei den meisten Patienten auffällig hoch, die Darmausnutzung überall recht gut. In einem Falle konnte eine im Vergleich zu normalen Verhältnissen auffällig ergiebige Phosphoraufnahme vom Darm aus festgestellt werden. Hier und in zwei anderen Fällen war auch die Phosphorausfuhr im Urin sehr erhöht, so daß durch Mehrzufuhr von Phosphor der Körper in Phosphorgleichgewicht gebracht werden mußte. Diese Beobachtungen von erhöhter Phosphorausfuhr bei *Basedow* werfen ein Licht auf den von *Latzko* beschriebenen Hinzutritt der Osteomalacie zu Morbus Basedowii. Aus der Stoffwechselbilanz der Kranken ergab sich die Art ihrer Ernährung. Die Kochsalzzufuhr wurde auf etwa 4 g täglich verringert, das Trinken beschränkt, die Menge der verabreichten Kohlehydrate herabgesetzt, die Nahrung durch Eiweiß und viel Fett kalorisch sehr hochwertig gestaltet. So gelang es ausnahmslos, eine durch Ansatz von Körpersubstanz bedingte Erhöhung des Körpergewichtes, Rückgang aller Basedowsymptome und Steigerung der Leistungsfähigkeit der vorher insuffizienten Organe zu erzielen. Vortragender erläutert das Gesagte durch Mitteilung von vier Krankengeschichten, wobei er auf die Einzelheiten der Ernährung näher eingeht. Eine Anzahl von Abbildungen der betreffenden Patienten wurde demonstriert.

Zum Schlusse betont Vortragender die Notwendigkeit der Kenntnisse der normalen und pathologischen Stoffwechselvorgänge für den Psychiater und Neurologen und spricht die Hoffnung aus, daß die Ätiologie mancher mit körperlichen Veränderungen einhergehender Geisteskrankheiten durch Untersuchungen auf diesem Gebiete aufgeheilt und auch für ihre Behandlung Angriffspunkte gewonnen werden mögen. Es sei nicht unwahrscheinlich, daß die erbliche Belastung zu Nerven- und Geisteskrankheiten in vielen Fällen nicht ausschließlich oder vorwiegend auf einer von Haus aus mangelhaften Anlage des Nervensystems beruhe, sondern auch durch Funktionsschwäche dieses und jenes Stoffwechselorganes bedingt sein könne, das bei zu starker Belastung versage und eine das Nervensystem und die Psyche schädigende chronische Eigengiftung setze.

2. Sitzung nachmittags 2 Uhr.

Vocke-Egling-München: „Irrenanstalten sind Krankenanstalten. keine Verwahrungsanstalten für verbrecherische Entartete oder gemindert Zurechnungsfähige.“

Der Vortragende bespricht die großen Schäden, die sich in den Irrenanstalten aus der Anhäufung der verbrecherischen Entarteten und gemindert Zurechnungsfähigen ergeben, wodurch Sicherheitsmaßregeln notwendig würden, die dem Charakter der modernen Irrenanstalten fremd seien. Die Anhäufung

ter kriminellen Elemente, namentlich in Anstalten bei Großstädten, degradieren dieselben zu Verwahrungsanstalten und gebe auch im Interesse der besseren Elemente unter den Kranken und der Angehörigen der Kranken zu denken. Man sei an einem Extrem angelangt, gegen das eine kräftige Reaktion am Platze sei. Große Schuld an diesen Mißständen trage unsere unvollkommene Strafgesetzgebung, die keinen Mittelweg zwischen Zurechnungs- und Unzurechnungsfähigkeit kenne. Redner führt weiter aus, wie wenig diese Elemente einer ärztlichen Behandlung bedürfen, und wie sehr sie die anderen Kranken schädigen. Auch verweist er auf die bedenklichen Folgen des Sicherheitsrefühles der strafrechtlichen Unverantwortlichkeit bei diesen Minderwertigen. Abhilfe könne nur geschaffen werden entweder durch Einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetz und eines Strafvollzuges im modernen Sinn oder durch einen grundsätzlichen Wandel in der Beurteilung und Begutachtung seitens der Sachverständigen. Für verbrecherische Geistesranke sollten eigene Verwahrungshäuser an die Korrekptionsanstalten angeschlossen werden.

In der Diskussion weist *Snell-Lüneburg* darauf hin, daß entweder der humane Ton in einer Heilanstalt oder die Sicherheit der Verwahrung von für die Außenwelt gefährlichen Elementen Schaden leide: es sei daher für die erwähnten Elemente eine andere Art Anstalten nötig, Anstalten, die Anhängsel zu den Strafanstalten wären. In der Praxis bestehe aber vorläufig keine Aussicht, diesen Plan verwirklichen zu können. Auch sei es schwer, zwischen geisteskranken Verbrechern und verbrecherischen Geisteskranken zu unterscheiden; es sei besser, man sage, es gibt eine Art von Geisteskranken, die eben nicht in die gewöhnliche Irrenanstalt passen.

Kreuser ist ebenfalls dieser Ansicht; es müsse etwas ganz neues geschaffen werden, weder Korrekptions- noch reine Irrenanstalt, aber unter ärztlicher Leitung. Übrigens könne man sich durch vorsichtigere Handhabung des § 51 bis zu einem gewissen Grade schützen.

Cramer fordert auf, einen Versuch zu machen, den Staat resp. die Gerichte durch den Wortlaut des Gesetzes zu zwingen, das den Irrenanstalten nur „Geistesranke, Epileptische und Idiotische“ zuspreche; daraufhin könnte man alle „geistig Minderwertigen“, „Psychopathen“ usw. entlassen, vorausgesetzt, daß sich die Juristen wie gewöhnlich an den Buchstaben des Gesetzes hielten.

Stollenhoff weist auf eine in Westpreußen bestehende Anstalt für geistesranke Verbrecher hin, in der der Dienst aber keineswegs angenehm sei.

Gaupp-München: „Die klinischen Besonderheiten des psychiatrischen Großstadtmaterials.“

Redner ging seit sechs Jahren der Frage nach, ob die großstädtischen Verhältnisse neue Ursachen in der Psychopathologie schaffen, die in anderen klinischen Bildern Ausdruck finden, oder ob nur die bekannten Krankheits-

formen in anderer Färbung wiederkehren: mitgewirkt habe noch die Erwägung, daß die *Kraepelinsche* Lehre namentlich bei den Ärzten der Landesanstalten und bei Kliniken, die gleich der Heidelberger den Charakter halb ländlicher Anstalten tragen, Zustimmung gefunden habe; dieser Zustimmung müsse eine ähnliche Beschaffenheit des Krankenmaterials zugrunde liegen, während die Großstadtkliniken unter anderen Eindrücken stehen. Die *Kraepelinschen* Anschauungen besonders über *Dementia praecox* und manisch-depressives Irresein beruhen auf immer wieder erneuten Nachuntersuchungen und der Betrachtung der Endzustände, ein Forschungsprinzip, das bei der stets fluktuierenden Großstadtbevölkerung kaum durchzuführen ist, daher an den Großstadtkliniken das Studium sich mehr den Neurosen, der Hirnpathologie, den aphasischen, asymbolischen und apraktischen Symptomkomplexen zuwendet und sorgfältige Einzelanalyse der Systematisierungsarbeit vorgezogen wird.

Der Vergleich des Materials steht von vornherein eine große Schwierigkeit entgegen in den ganz verschiedenen Aufnahmebedingungen der einzelnen Anstalten, in dem verschiedenen Überfüllungsgrad derselben und in der Verschiedenheit der Bezeichnung der Krankheiten. Nur bei übereinstimmenden Aufnahmebedingungen, gleicher klinischer Auffassung und der Möglichkeit, alle Erkrankten stets aufzunehmen, kann man die Vergleichsergebnisse ohne weiteres auf die Verschiedenheit der örtlichen Verhältnisse beziehen. G.s Ausführungen stützen sich im wesentlichen auf Heidelberg und München, wo er das Krankenmaterial aus eigener Anschauung kennt: daneben zieht er aber noch eine große Reihe Anstalten in Vergleich, besonders Breslau und Frankfurt.

Der Hauptunterschied zwischen einer mehr ländlichen und einer großstädtischen Anstalt ist zunächst ein quantitativer. München hat 1905 1373 erste Aufnahmen gegenüber 530 in dem eher größeren Heidelberger Aufnahmebezirk; der Unterschied ist lediglich eine Folge der freien Aufnahmen. Die Landesirrenanstalten nehmen ferner nur einen kleinen Teil der psychisch Kranken auf, da auf dem Lande die Kranken das öffentliche Leben lange nicht in dem Grade stören wie in den komplizierten Verhältnissen der Großstadt. In die großstädtischen Anstalten kommen viel mehr jugendliche Kranke; ferner sind dort die wiederholten Aufnahmen derselben Personen viel häufiger.

In der Art der Psychosen ließen sich folgende Unterschiede konstatieren: Besonders häufig ist in den Großstädten, auch in München, die Paralyse; auffallend ist dabei die große Zahl der weiblichen Paralysen (1:2, wofür *Kraepelin* die Teilnahme des weiblichen Geschlechtes am chronischen Alkoholismus verantwortlich macht; nach G. erklären in München die vielen tausend Kellnerinnen, bei denen sich Alkoholismus und Lues nicht selten vereint finden, das Überwiegen der weiblichen Paralysen im Vergleich zu nordischen Großstädten. Besonders groß ist in München die Zahl der Alkoholisten (1905: 253 m., 30 w. Aufnahmen), noch größer in Frankfurt.

Trunkenheit, chronischer Alkoholismus mit und ohne Rausch überwiegen. während eigentliche Psychosen seltener sind. Im Breslau da- sind z. B. 58% aller männlichen Aufnahmen Deliranten. Die meisten die wegen alkoholischer Psychosen aufgenommen werden, sind Schnaps- r. Obwohl das Quantum Alkohol, das durchschnittlich im Süden und n genossen wird, gleich ist, kann es doch nach den Befunden nicht haft sein, daß die Schädigung durch Bier allein einen anderen Charakter als die durch Branntwein. Der Münchener so weit verbreitete mittlere olismus äußert sich als indolente Gemütlichkeit, Abstumpfung der ie und Initiative, sowie selbstzufriedene und träge Oberflächlichkeit. norme Zunahme der Alkoholistenaufnahmen besonders in Frankfurt nur davon her, daß die öffentlichen Organe sich mehr und mehr daran nt haben, die Betrunknen in die Klinik zu bringen. Die Großstadt- en beherbergen viel mehr Epileptische; in München waren 1905 65% ben chronische Trinker; 27% wurden betrunken aufgenommen. Seltener it hier das ausgeprägte manisch-depressive Irresein zu sein. Bei den ichen Kranken herrschen die Depressionszustände vor. Das Krankheits- es manisch-depressiven Irreseins ist bei Juden besonders häufig atypisch mit degenerativen Zügen und psychogenen Anfällen kombiniert. Die ische Manie trifft man ebenso wie die Cyclothymie namentlich bei der eten Stadtbevölkerung. Die unter dem Sammelnamen „Dementia ox“ begriffenen Krankheitsformen zeigen für Stadt und Land keine stlichen Verschiedenheiten; doch scheinen in München die nach dem hr einsetzenden chronisch-paranoiden Erkrankungen (Paranoia completa aus) häufiger zu sein als in Heidelberg. Vermehrt sind in städtischen alten die symptomatischen Störungen bei körperlichen Leiden, die infek- in Delirien, die urämischen Störungen, die deliranten Erregungen bei leiden sowie die Zahl der unklaren Fälle. In München werden ferner tem Jahr mehr Fälle von Hysterie aufgenommen als an manchen esanstalten in Jahrzehnten; Ursache ist auch hier nur die Verschieden- der Aufnahmeverhältnisse; weitaus die Mehrzahl der aufgenommenen rien stammt nämlich vom flachen Lande (von 70 nur 10 geborene chener). Dies stimmt mit Gs. sonstigen Erfahrungen überein, daß die rie keineswegs ein Produkt komplizierter Kulturverhältnisse ist und sich Vorliebe bei der weiblichen Landbevölkerung in der Form der *Charcot-* n grande Hysterie findet. Sehr häufig sind in den Großstadtkliniken ich die Psychopathen oder pathologischen Persönlichkeiten, die in Landes- alten fast ganz fehlen. Interessant ist das hiesige Großstadtmaterial i hinsichtlich der Frage nach den wahren Ursachen der Selbstmorde, da ünchen die vernünftige Sitte herrscht, Personen, die draußen erfolglose smordversuche gemacht haben, ohne weiteres der Klinik zuzuführen. er liegen 85 Beobachtungen vor, die meist pathologische Grundlagen r Tat aufweisen: eine einzige Person von den 85 ließ nichts Krankhaftes ennen: 25% waren ausgesprochen geisteskrank; die anderen waren

Psychopathische, Hysterische oder Alkoholisierte, die unter dem Einfluß relativ geringer Erlebnisse in maßlose Affekterregung gerieten. In forensischer Beziehung fällt das Großmaterial durch die Häufigkeit der Alkoholdelikte an und durch die buntscheckigen Formen der Dégénérés mit kriminellen Neigungen. Endlich überwiegen noch die traumatischen Neurosen.

Das Ergebnis hinsichtlich des Einflusses des großstädtischen Lebens auf die Erzeugung neuer Krankheitsformen ist demnach gering. Sind ja nur 20—25% der Aufgenommenen überhaupt eigentliche Großstadtkinder. Diese statistischen Tatsachen sind jedenfalls geeignet, in allen Fragen der vergleichenden Psychiatrie zur größten Vorsicht zu mahnen.

Um 1/24 Uhr begann die Besichtigung der neuen psychiatrischen Klinik

3. Sitzung, Sonnabend, 21. April, vormittags 9 Uhr.

Siemens-Lauenburg erstattet den Kassenbericht. Ihm wird auf Antrag der Herren *Alter* und *Zinn*, die die Berechnungen eingehend geprüft haben, von der Versammlung Entlastung erteilt. Der Jahresbeitrag wird wieder auf 5 M. festgesetzt.

Moeli dankt den Herren, die die Führung durch die Klinik übernommen hatten, und bedauert, daß *Kraepelin* selbst abwesend sei; seine Reise zum Kongreß in Lissabon sei aber auf allerhöchsten Wunsch Sr. Majestät geschehen.

Es wird hierauf zur Vorstandswahl geschritten; statutengemäß scheiden die Vorstandsmitglieder *Fürstner*-Straßburg und *Pelman*-Bonn aus. Herr *Fürstner* bittet brieflich von einer Wiederwahl seiner Person Abstand zu nehmen.

Peretti schlägt die Wiederwahl *Pelmans* vor und die Neuwahl Prof. *Kraepelins* an Stelle von *Fürstner*.

Die Versammlung tritt beiden Vorschlägen durch Akklamation bei: Herr *Pelman* nimmt an; dem abwesenden Herrn *Kraepelin* wird von der Wahl telegraphisch Mitteilung gemacht werden.¹⁾

Es folgen dann die Vorträge: *Alzheimer*-München: „Über den Abbau des Nervengewebes.“

Wenn wir mit denselben Färbemethoden, welche uns ohne allzu große Schwierigkeiten gestatten, eine Paralyse von einer senilen Demenz, einer Arteriosklerose oder Hirnlues zu unterscheiden, Gehirnschnitte von Individuen untersuchen, die an sogenannten einfachen Psychosen gelitten haben, so erweist es sich nicht als möglich, den verschiedenen, klinisch abtrennbaren Krankheiten entsprechende, für die einzelne Krankheit bezeichnende Veränderungen nachzuweisen.

Nicht daß es hier an pathologischen Befunden überhaupt mangelte. Die *Nisslsche* Methode zeigt uns zunächst schon recht verschiedenartige Ge-

¹⁾ Prof. *Kraepelin* hat inzwischen die Wahl angenommen.

ienzellveränderungen. Sie sind aber eigentlich zu verschieden und ihre Feststellung nützt uns recht wenig. Denn weil wir ihre pathologische Bedeutung nicht verstehen, läßt sich nicht viel mit ihnen anfangen. Wenn man in einem Falle vorgeschrittenster Verblödung unter den zahlreichen Nervenzellen, welche noch immer die Rindenbreite einnehmen, selbst viele findet, wenn unter den unzähligen Achsenzylindern, die noch jedes Gesichtsfeld erfüllen, selbst Hunderte ausgefallen wären, wer will das feststellen, ebenmäßig nachweisen? Die *Weigertsche* Gliafärbung zeigt uns dann in vielen Fällen eine pathologische Gliafaserbildung. Aber sie kann fehlen, und mit dieser Feststellung ist sie nicht mehr als ein Merkmal von charakteristischer Bedeutung anzusehen. Auch an den protoplasmatischen Strukturen der Gliaelemente zeigt die *Nissl-Färbung* feine Veränderungen. Aber sie sind zu zart und unbestimmt, als daß sie sich als Anhaltspunkte für eine Einteilung der pathologischen Prozesse verwerten lassen. Schließlich findet man auch an den Gefäßen manches Auffällige. Aber auch dies ist wieder bei verschiedenartigen Krankheitszuständen nach so vielen Richtungen ähnlich, daß man damit nicht weiter kommen kann.

So möchte selbst der, welcher schon eingehende Studien über die Veränderung der Hirnrinde bei den verschiedenen Geisteskrankheiten getrieben hat, erzwweifeln an der Möglichkeit, daß die pathologische Anatomie der klinischen Psychiatrie zu dem kleinen Nutzen, den sie ihr bisher gebracht hat, weitere Hilfe bringen könne, Hilfe bringen könne da, wo sie es am nötigsten hat, wo sie zwar typische Fälle in Gruppen zusammenfassen kann, wo es aber doch keinem Kliniker gelang, durch das verwirrende Chaos der Krankheitsbilder scharfe Grenzlinien zu ziehen.

Wenn nun in der Wissenschaft ein Weg absolut nicht weiter führen will, dann tut man immer gut, sich zu überlegen, ob es denn der einzig gangbare ist, und ob nicht ein anderer und andere Methoden etwas vorwärts bringen können.

Wenn wir das wenige, was wir von der pathologischen Anatomie der sogenannten funktionellen Psychosen, zunächst der zu geistigen Schwachheitszuständen führenden, wissen, unter einen Hut bringen wollen, so zeigt es sich, daß es sich dabei im wesentlichen um regressive Veränderungen handelt. Es findet eine Degeneration, ein Abbau des Nervengewebes statt. Von dieser Richtlinie ausgehend, muß es uns obliegen, nach den Abbauprodukten zu suchen und die verschiedenen Möglichkeiten und Arten des Abbaus genau zu studieren. Kämen wir hier weiter, so hätten wir den großen Vorteil, mit positiven Beweisen für einen Untergang nervösen Gewebes arbeiten und die Lokalisation der Gewebsveränderungen viel genauer feststellen zu können.

Eine solche Art des Abbaus ist uns seit langem bekannt und hat viel dazu geholfen, uns den Bau des zentralen Nervensystems besser aufzuklären: die *Marchi-Degeneration*. Durchschneidet man an irgendeiner Stelle ihres Verlaufs Nervenbahnen, so verfällt der periphere Abschnitt der Degeneration, d. h. die komplizierten chemischen Körper, welche die Nervenfasern aufbauen:

Eiweißkörper, Lecithine, Myeline, Protagone, werden zu einfacheren, chemischen Verbindungen abgebaut. Zuletzt bleiben Körper der Fettreihe übrig.

Die *Marchi*-Degeneration nun spielt bei den hier in Frage kommenden Krankheiten kaum eine Rolle. In besonders stürmisch verlaufenen Fällen finden wir zwar hin und wieder einen Markscheidenzerfall. Er kann aber nicht als charakteristisch für eine dieser Krankheiten betrachtet werden.

Dagegen sehen wir in der Rinde aller zur Verblödung führenden Psychosen eine beträchtliche Vermehrung des Fettes. Eine Prädispositionsstelle für die Ablagerung desselben bilden die Zellen der Adventitia. Sind sie auch in der normalen Hirnrinde nicht völlig fettfrei, so finden sie sich bei den verschiedensten psychischen Krankheiten oft geradezu vollgestopft von Fettkörnchen und -kugeln. Bei den Infektionspsychosen, bei der Dementia praecox, bei der Epilepsie, bei mancherlei anderen Krankheitszuständen läßt sich das übereinstimmend nachweisen. Sofort erhebt sich nun die Frage, ob das Fett in diesen Zellen gebildet wird oder anderswo entsteht und erst später von den Zellen aufgenommen wird. Recht viele Beobachtungen sprechen für die letzte Annahme.

Außer in den Adventitialzellen findet sich dann, zum Teil in verschiedener Art und Anordnung bei verschiedenen Krankheitsprozessen, auch Fett in den Ganglienzellen und Gliazellen.

Bei den weiteren Untersuchungen erschien es dann wichtig festzustellen, ob sich nicht auch schon höher konstituierte Abbauprodukte im Gewebe der Hirnrinde nachweisen ließen. Da hat nun die Betrachtung eines Krankheitsvorganges, der uns schon eine ganze Fülle pathologisch-anatomisch ungemein wichtiger Funde geliefert hat, den Weg geebnet: die amaurotische Idiotie. In der Rinde der amaurotischen Idiotie findet sich ungemein viel Fett in den Adventitialzellen, in den von ihnen abzuleitenden Körnchenzellen und in der Glia. Die Ganglienzellen aber zeigen sich vielfach nur bestaubt mit feinsten Fettkörnchen. Dagegen ließ sich ein anderes Dekonstitutionsprodukt, ein protagonoider Körper in ungemein reichlichen Massen auch in den Ganglienzellen mit verschiedenen Färbemethoden elektiv darstellen.

Weitere Nachforschungen zeigten, daß ähnliche Körper bei den funktionellen Psychosen in verschiedener Anordnung und Menge vorkommen, und daß gewisse netzförmige Anordnungen der färbbaren Substanz der Ganglienzellen, wie sie das *Nissl*-Bild bei manchen chronischen Psychosen zeigt, durch die Zwischenlagerung solcher Stoffe entstehen.

Daneben gibt es noch andere Abbauprodukte in der Nervenzelle selbst, aber es gelang bisher nur unsicher sie zu färben, so daß hier noch weitere Untersuchungen erforderlich sind. Etwas weiter sind wir dann mit der Glia gekommen. Von dem *Weigert*schen Satz ausgehend, daß ein Untergang der nervösen Substanz von einer Wucherung der Glia begleitet sein müsse, ist außerordentlich viel Zeit und Mühe verwendet worden, eine Gliafaservermehrung in der Hirnrinde bei den verschiedenen Psychosen nachzuweisen. Die Arbeit ist nicht entsprechend entlohnt worden. So galt es die protoplasmatische

lia genauer zu studieren. Hier ist zuerst *Eisath* weitergekommen, dem gelang, mit Hilfe einer neuen Färbung die protoplasmatische Glia, besser, wie es vorher konnten, darzustellen. Die Methode hat sich dann noch etwas vereinfachen und verbessern lassen.

Damit aber zeigt sich, daß die Glia nicht nur mit einer Faserbildung für nervöse Ausfälle antwortet, sondern daß sich bei verschiedenen Krankheitszuständen Gliazellen mit großem Zelleib in der Hirnrinde bilden, die eine Neigung zeigen Fasern zu produzieren, die amöboiden Gliazellen.

In diesen Zellen nun lassen sich wieder mancherlei Körnchen nachweisen, die wir als Abbauprodukte zu betrachten haben, und von denen wir bei den Fettkörnchen hauptsächlich myelinoide und fibrinoide unterscheiden können. Manche Rinden sind ganz erfüllt von solchen mit Zerfallstoffen beladenen Zellen.

Dabei ist nun die interessante Tatsache hervorzuheben, daß diese Zellen vielfach Fortsätze zu den Gefäßen haben und daß sich diese Körner von der direkten Nachbarschaft der Ganglienzellen durch die Gliazelle und ihre Fortsätze hindurch bis in den adventitiellen Lymphraum hinein verfolgen lassen. Oft sind gerade die Gefäße völlig umlagert von Gliazellen, die mit solchen Körnchen angefüllt oder in solche Körnchen zerfallen sind, dann ist auch der Lymphraum mit den gleichen Körnchen angefüllt. Möglicherweise will ich mich noch ganz vorsichtig ausdrücken — ist dies der Weg, auf welchem das Fett in die Adventitialzellen gelangt, von denen wir zuerst gesprochen haben. Auch in den Maschen und Zellen des Pialgewebes begegnen wir dann den gleichen Zerfallsprodukten. Das sind die wesentlichen Tatsachen, die auch durch zahlreiche Bilder erläutert worden sind. Was ich daraus für die anatomische Abgrenzung der einzelnen Krankheitsbilder ergibt, können erst weitere Untersuchungen zeigen. Sie können erst langsam fortschreiten, weil es notwendig ist, vielfach andere Fixierungs- und Färbungsmittel anzuwenden, als sie bisher üblich waren. Alkohol und Formol strahieren zum Teil die Körper, die wir darstellen wollen. Manche Beobachtungen deuten aber heute schon darauf hin, daß wir auf dem Wege zu neuen kleinen Schritten weiter kommen können in der Lösung der Aufgaben, die der pathologischen Anatomie der Hirnrinde zufallen.

(Eigenbericht.)

An den Vortrag anknüpfend, sprach *Binswanger*-Jena: Wer wie er sich überhaupt eingehend mit der pathologischen Histologie der Großhirnrinde beschäftigt habe, werde gewiß den gleichen Eindruck von den mühevollen und sorgfältigen Untersuchungen *Alzheimers* empfangen haben: daß hier neue, bislang völlig unbekannte Wege der Forschung und der Erkenntnis eröffnet würden. Alle bisherige Arbeit mittels der älteren Methoden scheine ihm fast wertlos geworden zu sein; denn eine, wenn er so sagen dürfe, elektive Verwertung der klinischen Befunde auf pathologisch-histologischem Gebiete habe sie nicht ermöglicht. *Alzheimer*

habe uns jetzt diesen Weg gezeigt. Dafür glaube er im Namen von allen ihm Dank sagen zu sollen.

Alzheimer dankt *Binswanger* für die Worte der Anerkennung. war aber auch davor, allzuviel von den von ihm mitgeteilten Versuchen der anatomischen Grundlage der funktionellen Psychosen näher zu kommen zu erwarten.

Weiler-München: „Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken“

Vortragender zeigt zuerst in Kürze den von ihm konstruierten Pupillenmeßapparat, den er zuerst bei Gelegenheit der Versammlung des Vereins bayerischer Psychiater im Jahre 1905 vorführte. Der Apparat wurde von ihm neuerdings vervollkommen, wobei besonderes Augenmerk darauf gerichtet worden ist, das Licht der Nernstlampen besser auszunutzen, so daß schon mit dieser Belichtung ein Kinematogramm angefertigt werden kann und die früher notwendige Verwendung von Bogenlicht fort fällt. Eine genaue Beschreibung des Apparates wird in nächster Zeit in den Monatsblättern für Augenheilkunde erscheinen. W. führte dann eine kinematographische Aufnahme der Lichtreaktion der Pupille vor.

Mit dem älteren Apparate stellte er eine Reihe von Untersuchungen bei Gesunden und Geisteskranken an.

Der Gang der Untersuchung war folgender. Die Versuchsperson verblieb, bevor sie sich an den Apparat setzte, 10 Minuten lang im Dunkelmzimmer, in dem die Untersuchungen vorgenommen wurden. Dann wurden zuerst beide Augen einer sehr schwachen Belichtung ausgesetzt, die eben nur genügt, um die Iris genau sichtbar zu machen. Nun wurde beiderseits die Weite der Pupille gemessen, dann das rechte Auge mit einem intensiven Licht bestrahlt und wieder die Weite der rechtsseitigen Pupille notiert. Darauf wurde das linke Auge stark belichtet und nochmals die Weite beider Pupillen festgestellt. Endlich wurden beide Augen gleichzeitig und gleichstark belichtet und wieder beide Pupillen gemessen.

Von gesunden Personen wurden 25 Männer und 25 Frauen untersucht. Es zeigte sich dabei folgende bisher unbeachtete Reaktion. Nachdem das eine Auge, angenommen das rechte, mit einer bestimmten Lichtstärke, sagen wir „x“, belichtet war, verkleinerte sich, wie zu erwarten stand, sowohl die Pupille des rechten wie auch des linken Auges gleichmäßig und verharnte längere Zeit in der angenommenen Größe. Wurde nun auch das linke Auge mit derselben Lichtstärke „x“ beleuchtet, während die Belichtung des rechten Auges mit „x“ belassen wurde, so kontrahierte sich sowohl die Pupille des linken wie auch die des rechten Auges noch um eine weitere, gut meßbare Größe. Diese Verengung, die Vortragender mit sekundärer Lichtreaktion bezeichnete, blieb ebenfalls längere Zeit bestehen. Es zeigte sich also mit anderen Worten, daß bei Belichtung beider Augen mit einer bestimmten Lichtstärke die Reaktion eine ausgiebigere war als bei Belichtung nur eines Auges mit derselben Lichtstärke.

Vortragender besprach dann an der Hand projizierter Tabellen die nisse der Untersuchungen der Pupillengröße und Pupillenbewegungen der und Geisteskranker. Außer den oben genannten 50 gesunden Personen wurden 50 Kranke, die an Epilepsie, 85, die an Dementia praecox 5, die an progressiver Paralyse litten, untersucht.

Als Anfangsgröße der Pupillen, d. h. bei geringer Belichtung, fand sich e Gesunden ein mittlerer Wert von 5,2 mm, für die Paralytiker ein r von nur 4,4 mm. Die Pupillen der Kranken, die an Epilepsie oder mentia praecox litten, wiesen größere Mittelwerte auf als die normalen, war die ersteren 6,1, die letzteren 5,5 mm.

Die Reaktionsbreite bei beiderseitiger, gleichmäßig starker Belichtung ; für die Gesunden 1,7, für die Paralytiker 0,4 mm; 33 % aller Paralytiker keine Lichtreaktion. Die Reaktionsbreite bei der Dementia praecox auffallenderweise mit einer Mittelzahl von nur 1,4 mm hinter den den zurück, während die Epileptiker mit 1,9 mm alle anderen Gruppen afen. Bei der Prüfung der „sekundären Lichtreaktion“ ergab sich das auffällige Symptom, daß bei 96 % der Fälle von Paralyse, bei denen eine Lichtreaktion nachzuweisen war, die „sekundäre Reaktion“ fehlte. Bei zwei Kranken ließ sich keine pathologische Veränderung der Licht-on nachweisen, das heißt, sie reagierten ausgiebig, und die „sekundäre ion“ war vorhanden.

Ein Fehlen der sekundären Reaktion wurde außer bei den vorgenannten ytikern in keinem andern Falle bisher gefunden.

Zum Vergleich mit den nach der neuen Methode gewonnenen Resultaten der progressiven Paralyse zeigte Vortragender eine Tabelle, auf der er den in den Krankengeschichten von 550 Paralytikern, die nur mit einer phen Handlampe untersucht wurden, vorgefundenen Angaben die Ver- fäße der Lichtreaktion aufgezeichnet hatte. Es fand sich in 41,3 % der :reflektorische Lichtstarre, in weiteren 40,5 % war die Lichtreaktion der gering oder träge, in 18,2 % erschien sie ungestört. Weitere llen zeigten die Verhältnisse der Pupillenreaktionen bei psychischen und blen Reizen. Es wurden Schreck- und Schmerzreize angewandt, daneben die Reaktion bei geistiger Arbeit geprüft.

Es möge hier nur kurz über die Befunde bei der Dementia praecox tet werden. In 55 % war die Schreckreaktion deutlich zu sehen, in) war sie gering und in 9 % fehlte sie völlig. Ähnlich verhielt sich die tion bei geistiger Arbeit: in 52 % war sie vorhanden, in 35 % gering in 13 % fehlte sie. Bei sensiblen Reizen zeigte sie sich in 53 % deut- in 35 % gering, während sie in 12 % fehlte.

Der Vortrag wird in erweiterter Form in den „Psychologischen Arbeiten“ Krapelin erscheinen und wird im übrigen darauf verwiesen.

In der Diskussion fragt Hitzig, ob bei der Auslösung der ndären Reaktion auch das ursprünglich belichtete Auge sich nochmals ngere.

Er äußert weiterhin Bedenken dagegen, daß der Sammelbegriff *Dementia praecox* einer Statistik zugrunde gelegt werde, und erhofft vor ausführlichen Darstellung eine eingehendere Mitteilung über die Art darunter begriffenen Fälle.

Binswanger fragt, ob die Untersuchungen der Psychoreflexe auch die Hysterie ausgedehnt worden seien, was *Weiler* verneint.

Hübner-Lichtenberg-Berlin betont, daß Dank der vollendeten Konstruktion des *Weilerschen* Apparates vieles, was bei Untersuchungen mit der *Weilerschen* Lupe der subjektiven Auffassung und Übung des Untersuchers gegeben gewesen sei, jetzt exakt gemessen und dargestellt werden könne. Um so wichtiger sei die ziemlich weitgehende Übereinstimmung der Resultate des Vortragenden mit denen *Bumkes* und *H.s* bezüglich der psychischen sensiblen Reaktion. Es werde die nächste Aufgabe der Forschung sein, differentialdiagnostische Bedeutung der Reaktion zu prüfen.

Neisser-Bunzlau fragt, welche Anforderungen an die Kranken gestellt worden seien in Haltung, Stellung usw., damit man sich einen Begriff machen könne über das Material.

Hoche beglückwünscht den Vortragenden zu dem Besitze eines so trefflichen Apparates und noch mehr zu der Fähigkeit, ihn sich selbst konstruieren; *Bumke*, dem wir ja die Entdeckung des Fehlens der Psychoreflexe bei gewissen psychischen Zuständen verdanken, habe sich bisher bescheidenen Hilfsmitteln behelfen müssen. An der zahlenmäßigen Differenz zwischen den Freiburger und den hiesigen Zahlen sei sicher die verschiedene Fassung des Begriffes der *Dementia praecox* schuld: wenn man ihn ausgesprochene Fälle, namentlich mit katatonischen Erscheinungen, beschränkt sei das Vorhandensein der Psychoreflexe nicht häufig. Irrtümer in Beurteilung des Pupillarverhaltens seien namentlich bei sehr weiten Pupillen, speziell Angstpupillen, möglich, so daß das Symptom zur differentiellen Sondierung z. B. von melancholischem und katatonischem Stupor, nicht immer im Moment der Untersuchung brauchbar sei; auch hier indes bringe der Verlauf der Zeiten, in denen eine sichere Schätzung des Pupillenverhaltens möglich werde.

Alzheimer hält ergänzende Untersuchungen zu dem *Weilerschen* Material an einer größeren Pflegeanstalt für sehr erwünscht. Da bei der Eigenart des Krankenbestandes der Münchener Klinik leichte und frische Erkrankungen fälle ganz außerordentlich überwiegen, vorgeschrittene Fälle von *Dementia praecox* und verblödete Epileptiker aber nahezu ganz fehlen, erscheine es für das Verständnis der klinischen Bedeutung einer Änderung der psychischen Reflexe eine Heranziehung eines anders gearteten Materials nötig. Es sei leicht möglich, daß sich dabei die von *Weiler* gefundenen Prozentzahlen nicht unwesentlich änderten.

Heilbronner fragt um Auskunft, auf welche Formen von Epilepsie sich die Untersuchungen beziehen, und ob die — den normalen sich am meisten nähernden — Epilepsiebefunde bei den verschiedenen Gruppen in gleicher Weise erhoben wurden oder ob hier Differenzen festzustellen waren.

Weiler (Schlußwort): Bei Auslösung der sekundären Lichtreaktion vergessern sich beide Augen gleichmäßig, also auch das ursprünglich belichtete. Die Untersuchungen der Psychoreflexe wurden auch bei Hysterischen vorgenommen, die Fälle waren aber zu wenig zahlreich, um aus den Ergebnissen schon bindende Schlüsse ziehen zu können. Es ist sicher sehr schwierig bei Kranken mit sehr weiten Pupillen noch psychische Reflexe nachzuweisen, und aus dem Fehlen derselben, bzw. scheinbarem Fehlen, darf man nicht auf absoluten Mangel der Reflexe schließen, da sich oft die Reflexe wieder zeigen, sobald die Pupille enger geworden, besonders auch wenn man das Auge einer stärkeren Belichtung aussetzt. Im übrigen finden sich stuporöse Katatoniker mit gut erhaltenen psychischen Pupillarebewegungen, ebenso wie alte Fälle manirierter dementer Kranken hier und da gute Reaktionen zeigten, während im allgemeinen ein Fehlen der psychischen Reaktionen hauptsächlich bei alten Fällen beobachtet wurde. Die Untersuchungen an Epileptischen sind auch noch zu wenig zahlreich, als daß man in die einzelnen Formen, die wahllos nebeneinander untersucht wurden, besondere Reaktionsarten aufstellen könnte. W. demonstriert dann noch die Stellung, die der Kranke bei der Untersuchung einnehmen muß, und macht besonders darauf aufmerksam, daß wider eignes Erwarten auch ganz stuporöse oder ablehnende Kranke sich willig an den Apparat setzten und sich untersuchen ließen.

Hartmann-Graz: „Über pathologische Beeinflussung des Bewegungsablaufes bei Erkrankung des Stirnhirns.“

Der Vortragende geht von den Arbeiten *Liepmanns* und der von diesem aufgestellten „Bewegungsformel“ aus. Der von ihm beobachtete Fall entspricht dem Punkt VI des *Liepmannschen* Schemas: Verlust der kinästhetischen Vorstellung oder Seelenlähmung, die *Liepmann* theoretisch gefordert hatte, ohne bisher aus der Pathologie einen Beleg dafür bringen zu können. Vortr. demonstriert die Präparate eines von ihm beobachteten Falles: Ein Tumor im Marklager des linken Stirnhirns, nach links viel stärker entwickelt als nach der rechten Hemisphäre, wahrscheinlich mit dem Ausgangspunkt im vorderen Ende des Balkens. Die Zentralwindung und die innere Kapsel sowie alle weiter nach hinten gelegenen Teile sind unbeschädigt. Die Krankengeschichte ist folgende: 34-jähriger Mann; acht Tage vor der Aufnahme erkrankte er mit Erbrechen, Kopfweh und psychischen Veränderungen: er saß stundenlang scheinbar stuporös, ohne an der Umgebung Anteil zu nehmen, ließ spontan nicht, führte alle Bewegungen mit der rechten Körperhälfte langsamer aus. Status: Von allen rechts gelegenen Sinnesgebieten her ist ein Erkennen der Reize aufgehoben, selbst der einfache Abwehrreflex der Lider bei Näherung eines spitzen Gegenstandes an das Auge fehlt; von links her sind alle Bewegungs- und Reaktionerscheinungen normal auszulösen bis auf den Geruchssinn, der links wie rechts fehlt. Hautsensibilität und Muskelsinn der rechten Körperhälfte ist nicht geschädigt. Nachahmung von Bewegungen der linken

mit den rechten Extremitäten war anfangs ungestört, erfolgte im weiteren Verlaufe aber nur noch bei gleichzeitiger Ausführung. Eine Aufforderung konnte links nur solange ausgeführt werden, als der Ablauf der Bewegungen nur von einem Sinnesgebiete aus geleitet wurde: waren mehrere Sinne zur Ausführung nötig, so traten Fehler auf; das normale Zusammenspiel aller Sinnesgebiete bei der Dirigierung der Bewegungen wurde vermißt. Rechts dagegen bestand völlige Akinesie ohne Hemiparie, Hemiparese oder ähnliches. Grobe Gemeinschaftsbewegungen, Gehen usw. waren erhalten; spastische Erscheinungen fehlten. Es bestand im Gegenteil eine eigenartige Hypotonie. Zusammengefaßt ist zu sagen, daß von rechts her kommende Sinneseindrücke für das Motorium in der linken Hirnhälfte nicht verwendet werden konnten, auch nicht durch Vermittlung der rechts gelegenen Zentren; sie konnten das linke gar nicht, das rechte auch nur in krankhaft gestörter Weise anregen. Die hypothetische Deutung des Falles ist die, daß normalerweise die Zentralwindung von den hinteren (Sinnes-) Zentren aus nicht direkt dirigiert wird, sondern daß sie dazu stets der Vermittlung des Stirnhirns bedürfen: sie sind für die Körperbewegungen etwa homolog dem Brocaschen Zentrum für Sprachbewegungen anzusehen. Dementsprechend ist die *Liepmannsche* motorische Apraxie als eine transkortikale Störung aufzufassen. Der Fall zeigt, daß die kinästhetischen Vorstellungen, die im Stirnhirn zu denken sind, für den Bewegungsablauf von weitgehender Bedeutung sind. (Dieser Vortrag nach *Hünels* Bericht in der Psych.-Neurolog. Wochenschrift Bd. VIII, Nr. 8, 1906.)

In der Diskussion erklärt *Hitzig* im Anschluß an eine Bemerkung des Vortragenden, daß ihm nicht bekannt gewesen sei, daß der Streit *Goltz-Munk-Hitzig* denselben Ausgang genommen habe, wie die Konferenz in Algier.

Heilbronner weist auf die Schwierigkeiten hin, in Fällen, wie dem des Vortragenden, die klinischen Ausfallserscheinungen auf den anatomisch nachweislichen Ausfall zurückzuführen. Er meint auch hier, daß vielmehr versucht werden sollte, Beziehungen zwischen den noch möglichen Leistungen und dem erhaltenen, anatomischen Substrat festzustellen. Daß im Stirnhirn eine Art von Extremitäten-Broca liege, möchte er aus dem vorliegenden Falle schon deshalb nicht schließen, weil gerade die Rinde intakt geblieben sei. Die Übertragung der anatomischen Verhältnisse der Aphasie auf das der Handlungen begegnet noch der Schwierigkeit, daß das Wesen der Brocaschen Stelle selbst noch nicht definitiv geklärt ist. Auch für den Fall, daß dieselbe sich tatsächlich als ein dem reinen Motorium supraponiertes Organ erwiese und dem Stirnhirn eine analoge Rolle als Führer für die Extremitätenbewegungen zukäme, wäre damit, wie *H.* ausdrücklich betonen möchte, dem Stirnhirn nicht etwa die Rolle eines Organes für die höheren psychischen Leistungen zuerteilt.

Weygandt meint, die Proportion Zentrum des Hypoglossus usw.: Broca = Zentrum für die Extremitätenmuskeln: ließe sich wohl noch stützen und erweitern durch Hinweis auf Fälle von

graphie, Alexie, Amusie, bei denen andere Regionen als die Zentren der andbewegung, der akustischen Eindrücke usw. betroffen gewesen seien, as auf die Existenz zahlreicher spezieller Koordinationszentren hinweise.

Hierauf folgen die Vorträge, die sich mit der im Vorjahr aufs Programm esetzten Idiotenfrage beschäftigen.

Tuczek-Marburg leitet dieselben ein und teilt mit, daß der von der vor- übrigen Versammlung gewählte Ausschuß sich konstituiert, ihn mit der ührung der Geschäfte beauftragt und sich durch die Herren *Habermann-* letten, *Jentz-Schleswig*, *Kluge-Potsdam* verstärkt habe, so daß derselbe nun- ehr bestehe aus den Herren *Anton*, *Habermann*, *Jentz*, *Kluge*, *Möller*, *Wczek*, *Weygandt*. Daß das dem Ausschuß gestellte Programm, dafür Sorge a tragen, daß die Besprechung von Fragen der Idiotenforschung und ürsorge nicht wieder von der Tagesordnung der Jahresversammlung ver- chwinde, ein sehr zeitgemäßes sei, werde durch inzwischen erschienene ublicationen aufs neue bestätigt. Er erwähnt die in Nr. 211 des Zentralblatts ir Nervenheilkunde vom 15. April d. J. veröffentlichte Antwort *O. Niehaus'* uf Ts Besprechung der von der „Vereinigung deutscher Anstalten für dioten und Epileptische“ herausgegebenen „Denkschrift“ in Nr. 200 desselben entralblatts. Dieselbe bringe keine neuen Gesichtspunkte und sei am renigsten eine Widerlegung der in der „Besprechung“ gegen Fassung und iele der „Denkschrift“ geäußerten Bedenken. Er nimmt sodann Bezug auf las Buch von *Gündel*: „Zur Organisierung der Geistesschwachen-Fürsorge“, amal auf eine S. 22 gegebene Charakterisierung der von Medizinern ge- eiteten Anstalten, aus welcher sich für uns eine doppelte Mahnung ergebe: Einmal toujours en vedette! Sodann die zu einer ersten Selbstprüfung.

Der Ausschuß beabsichtigt, in jeder Jahresversammlung die eine oder undere Frage des vielgestaltigen Gebietes der Idiotenforschung und -fürsorge eferierend zu besprechen.

Weygandt-Würzburg: „Über den Stand der Idiotenfürsorge in Deutschland.“

Die von der vorjährigen Versammlung des deutschen Vereins für Psy- chiatrie eingesetzte, aus sieben Mitgliedern bestehende Kommission zur Forschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinnns sucht in diesem Jahre durch zwei Berichte über praktische Fragen ihre Wirksamkeit zu be- zeugen.

Die 108 Anstalten für jugendliche Schwachsinnige in Deutschland sind nach Anlage, Organisation und Leitung, Zweck und Mittel, Art der Pflöglinge außerordentlich verschieden.

Kaum ein Dutzend stehen unter ärztlicher Leitung, doch läßt auch die ärztliche Mitarbeit bei den übrigen vielfach zu wünschen übrig.

Während die Hilfsschuleinrichtungen für Schwachbefähigte gedeihlich vorwärts schreiten, am langsamsten allerdings in Süddeutschland, vermögen

die Fürsorgeeinrichtungen für tiefere Schwachsinnformen noch keineswegs allen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Gründliche Abhilfe kann erst kommen durch öffentliche Mittel: es ist demnach die Verstaatlichung der Idiotenanstalten, vor allem aber die Errichtung neuer Anstalten von behördlicher Seite anzustreben.

Ganz verkehrt ist die Errichtung von Altersheimen im Anschluß an vorzugsweise Erziehung erstrebende Idiotenanstalten.

Von neuen Schöpfungen des letzten Jahres ist hervorzuheben die staatliche Kgl. sächsische Landeserziehungsanstalt für Schwachsinnige und Blinde Altendorf bei Chemnitz für 4½ Million Mark. Solange es sich um erziehungs- und entlassungsfähige Imbezille handelt, also um eine Art Landeshilfsschulen, ist die Errichtung vorbildlich, wenn auch die ärztliche Tätigkeit derselben einen mehr psychiatrischen Charakter tragen möchte.

Anstalten für Blöde, keineswegs Entlassungsfähige gehören unter ärztliche Leitung und könnten an die Landesirrenanstalten angegliedert werden.

Anregung für die Erforschung des Gebietes auf dem Wege einer Zusammenarbeit von Ärzten und Pädagogen gab der anfangs April veranstaltete Kurs über den angeborenen Schwachsinn in der psychiatrischen Klinik zu Gießen unter Prof. Sommer.

Zu erstreben ist neben dem Ausbau des Anstaltswesens auch die Errichtung von Idiotenabteilungen an den psychiatrischen Kliniken und von psychologischen Laboratorien an den Hilfsschulen großer Städte.

Anton-Halle: Die Formen und die Ursachen des Infantilismus.¹⁾

Mit der Bezeichnung Infantilismus werden Folgezustände gefaßt einer Summe verschiedener Erkrankungen in der Kindheit und in der Geschlechtsreife: sehr häufig entstammen die damit gemeinten Entwicklungshemmungen auch schon einer fehlerhaften Anlage oder einer Erkrankung in der Fötalzeit. Diese Störungen insgesamt bewirken eine krankhafte Fortdauer der Merkmale der Kindheit oder der Adoleszenz bis ins Lebensalter der vollen Reife und weiter bis in die Zeit des Wechsels und, bei Fortdauer des Lebens, bis in die Phase des Greisenalters. Sie stellen also eine durch das ganze extrauterine Leben andauernde Hemmung des Wachstums und der Entwicklung dar. Das Wort stammt von *Lasèque*, doch haben lange Zeit vorher die verschiedenen Zweige der menschlichen Pathologie Beschreibungen und Erörterungen über diese Entwicklungsstörungen vielfach aufzuweisen; sie finden sich gewissermaßen verworfen in allen Kapiteln der gesamten Medizin und auch der Anthropologie. Die Mehrzahl der neueren Autoren beschreiben sowohl einen allgemeinen Infantilismus als auch einen solchen, welcher

¹⁾ Da Herr Anton verhindert war, an der Versammlung teilzunehmen, ist dieser Bericht nicht zum Vortrag gekommen. Die Versammlung beschloß jedoch die Aufnahme desselben in den Verhandlungsbericht, und Herr Anton stellte sein Manuskript gütigst für diesen Zweck zur Verfügung.

ur einzelne Organe oder einzelne Gewebskategorien betrifft, also einen partiellen Infantilismus. Man geht nicht fehl, wenn man in vielen Fällen diesen „partiellen Infantilismus“ identifiziert mit jenen Befunden, welche als Aplasie oder Hypoplasie einzelner Organe schon von den alten Ärzten und Anatomen beschrieben wurden.

Wenn ich dafür plädiere, die Bezeichnung „partieller Infantilismus“ zu akzeptieren, so geschieht dies aus folgenden Gründen: Häufig sind die Ursachen des allgemeinen und partiellen Infantilismus gleiche und ähnliche, wiewohl nur graduell abgestufte, andererseits können partielle Defekte in der Folge die Entwicklungshemmung des gesamten Organismus nach sich ziehen; ich erwähne nur die Hypoplasie der Schilddrüse und des Genitales.

Es hat also die Geschichte des allgemeinen und partiellen Infantilismus schon mit den ältesten Pathologen begonnen. Insbesondere datieren die Beschreibungen der Entwicklungsstörungen, welche bei Kretinismus und Schilddrüsenerkrankung sich finden, bis in die Zeit von *Plinius*, *Vitruvius* und anderen zurück. Nach *Hirsch* kann schon mit dem sechzehnten Jahrhundert in wissenschaftlichem Sinne von Kretinismus gesprochen werden. In dieser Literatur ist bereits vielfach von Entwicklungshemmung und Zwergwuchs die Rede. Solche Beschreibungen haben bereits geliefert *Beiloger* und *Krieshaber* 1857. *Trelat* führt aus, daß die Entwicklungshemmung im wesentlichen in der Persistenz einer transitorischen organischen Bildungsform beruhe, die eine embryonale oder eine kindliche sein könne. Von älteren Autoren, die sich damit befaßt haben, nenne ich nur noch *Andral*, *Hirtz*, *Dangel* (1837).

Vielfach findet sich das Thema abgehandelt in älteren Lehrbüchern der Geburtshilfe, und es haben sich auch derzeit die Altmeister der Gynäkologie, *Fegar* und *Freund*, bereits vielfach mit allgemeinem und partiellem Infantilismus beschäftigt, zum Teil wohl unter anderer Überschrift. *Lasèque* verstand unter Infantilismus eine Hemmungsbildung, welche sich charakterisiert durch die Fortdauer der physischen und seelischen Merkmale der Kindheit. Ähnliche Fälle schilderten *Brouardel* und *Lorrain*; letzterer gab folgende Definition: 1. Debilität, Grauzität und abnormes Kleinbleiben des Körpers, eine Entwicklungsstörung, welche mehr die Gesamtmasse des Körpers, als irgend ein spezielles Organ betrifft. 2. Fortdauer der Jugendmerkmale, so daß ein Mann mit 30 Jahren etwa wie ein Achzehnjähriger erscheint. 3. Außerdem rechnete *Lorrain* auch die feminine Abartung hierher. Diese Form *Lorrains* wurde auch als Infantilismus atrophicus bezeichnet. Ich will andere Definitionen übergehen.

Seitdem im Jahre 1873 *William Gull* und 1877 *Ord* in England das Myxoedema beschrieben haben, hat bekanntlich *Charcot* diesen Zustand als *Cachexia pachydermica* bezeichnet. Hierbei wurde bereits die Entartung der Schilddrüse und die allgemeine Entwicklungsstörung in Zusammenhang gebracht. Die schweren Formen benannten *Fletcher Beach* und *Ireland* als kretinoide Idiotie, *Bourneville* und *D'Olier* schufen die Bezeichnung der Idiotia myxoede-

matosa. Im Anschluß daran hat *Brissaud* einen Infantilismus milder Form beschrieben, den er als eine Form des Myxoedemas auffaßte, und welcher seither als Myxinfantilismus oder als Typus von *Brissaud* bezeichnet wurde.

Diese „forme fruste“ des Mangels der Schilddrüse erschien schon *Brissaud* als die Hauptursache der verschiedenen Formen von Infantilismus. Noch unterschiedener vertraten seine Mitarbeiter *Meige*, *Thibierge* und *Hertoghe* die Auffassung, daß die verschiedensten Formen vom Infantilismus nur zustandekommen durch die Mitbeteiligung der Schilddrüse, also durch den chronischen gutartigen Hypothyreoidismus oder durch dessen schwerere Formen. Doch will ich jetzt nicht die ganze Ursachenlehre aufrollen und glaube später zeigen zu können, daß es auch vielfach anderweitig bedingte Formen von Infantilismus gibt. Vorher sei kurz eine Definition und allgemeine Beschreibung vorgebracht. Nach dem Gesagten will ich den allgemeinen Infantilismus bezeichnen als eine Entwicklungsstörung, welche den ganzen Organismus auf kindlichem Typus zurückbleiben läßt und die Fortentwicklung des Individuums im Sinne seiner Gattung verhindert; dabei bleiben nicht nur die körperlichen Merkmale, sondern vielfach auch die seelischen Eigenschaften des Kindes fortbestehen. Als körperliche Merkmale werden von den meisten Autoren für diese Form angegeben: Kleinheit des Skelettes mit Fortbestehen der Epiphysenfugen, proportionale Verkleinerung der Organe, besonders Ausbleiben oder wenigstens Hemmung der geschlechtlichen Fortentwicklung; mit der Verkümmern des Genitales bleiben auch jene Merkmale aus, welche die Geschlechter auch äußerlich erkennen lassen, also die sekundären Geschlechtsmerkmale; endlich aber bleiben die geistigen Leistungen vielfach zurück und behalten das Gepräge des Kindes oder des Adoleszenten. Diese allgemeine Schilderung trifft nur zu beim allgemeinen und reinen Infantilismus, dem wohl zumeist die Formen des wahren Zwergwuchses einzuordnen sind. Die einschlägigen Formen zeigen dem Grade und den Komplikationen nach sehr verschiedene Typen, welche deutlich mitunter die Krankheitsursache, aber auch die Zeitphase des Beginnes erkennen lassen. Im allgemeinen, aber nur im allgemeinen, läßt sich sagen, daß die im intrauterinen Leben bereits gesetzten Entwicklungshemmungen tiefergehende Folgen haben als etwa die in der Kindheit oder in der Pubertät entstandenen. Die partiellen Infantilismusformen werden wir noch kurz zu erörtern haben, und es seien zunächst die verschiedenartigen Ursachen kurz besprochen. Soweit die verschiedenen Ursachen bekannt wurden, läßt sich jetzt schon aussagen, daß dieselbe Schädlichkeit sehr verschiedene Effekte hervorbringt, je nachdem dieselbe intrauterin, in früher Kindheit oder in der Pubertätszeit angegriffen hat.

Wenn auch seit den Forschungen von *Féré*, *Duval* u. a. es sich erwiesen hat, daß dieselben Gifte, welche dem erwachsenen Tiere schädlich sind, auch dem Fötus und dem Ei der gleichen Art abträglich sind, daß es also eine „Art-eigene Reaktion“ auf einzelne Gifte gibt — so ist es doch

eine sichere Tatsache, daß der weitere Effekt einmaliger oder dauernder Vergiftung sehr verschieden sich gestaltet, je nachdem dieser Schaden den wachsenden Fötus oder das erwachsene Individuum betroffen hat. Der Fötus und seine Organe haben eben nach dem Ausspruche von *Dual* noch die Hauptfunktion: zu wachsen und die Zellen zu vermehren. Diese Funktion ist es hauptsächlich, welche durch die Giftwirkung zu dieser Zeit beeinträchtigt wird. Dies gilt sowohl für die Gifte von außen als auch für die Autointoxikationen. Weiterhin ist noch folgendes zu bemerken. Beim Fötus und beim Säugling sind die Beziehungen der einzelnen Organe untereinander noch vielfach andere als beim erwachsenen menschlichen Organismus. So besteht kein Zweifel, daß die Schilddrüse, die Thymusdrüse für den infantilen Organismus lebenswichtiger sind, als für den erwachsenen. Die Korrelation der Drüsen untereinander scheint eine regere zu sein, die Kompensation des Ausfalles einer Drüse durch Vergrößerung einer anderen ist desgleichen beim kindlichen Organismus evidenter, wie besonders die vorliegenden zahlreichen Experimente erweisen. Auch die Beziehungen der einzelnen Etappen des Nervensystems untereinander bilden sich beim Fötus und beim Kinde erst allmählich heraus und können durch inzwischen eintretende Störungen verhindert oder verändert werden.

Aber auch die gegenseitigen Beziehungen des Zentralnervensystems zu den Körperorganen und umgekehrt sind beim Fötus und beim Kinde noch unfertig. Es kann von den Körperorganen, speziell von den Drüsen aus, das Gehirnwachstum noch schwer gehemmt werden, aber auch vom Gehirn aus markante Entwicklungsstörungen für den Körper gesetzt werden.

Dieser allgemeine Gesichtspunkt gilt sowohl für die fremden und inneren Gifte, als auch für die Wirkungen der verschiedenen Infektionen, die den wachsenden Organismus treffen, aber auch für eine hier noch wenig erörterte Schädlichkeit, nämlich für das Trauma.

Bei der Übersicht darf nicht unerwähnt bleiben, wie häufig und wie evident dabei die Erbllichkeit, besonders die kumulierte Erbllichkeit beider Eltern auch ohne äußere Ursachen die Entwicklung hemmen kann. Aus der unübersehbaren Zahl der Wirkungen dieser bildnerischen Macht seien nur einige erwähnt. Die stetige Wiederkehr einzelner Defekte im Verlaufe von Generationen betrifft mitunter Organe, welche ihrer Hauptmasse nach aus dem Ektoderme, Mesoderme oder Entoderme stammen, z. B. die Aplasien und Varianten im Gefäßsystem, die erblichen Anomalien in einzelnen Sinnesorganen, die gleich wiederkehrenden Mißbildungen im Zentralnervensystem, endlich die mangelhafte Anlage und Funktion einzelner Drüsen, unter denen ich hervorhebe die Schilddrüse, die Genitaldrüsen, die Nebennieren und die Hautdrüsen.

Es bedarf nur einen Schritt im Denken des Pathologen zur Erkenntnis, daß dieser einmal gesetzte Mangel eines Organs an sich genügt, um für den ganzen Organismus eine unabsehbare Reihe von Wirkungen, insbesondere von weiteren Entwicklungsstörungen hervorzurufen. Besonders scheint es

aber, daß die Entwicklung und Tätigkeit der Drüsen, der Epithela**bkömm**linge, dabei besonders ausschlaggebend sind. Dafür sprachen unsere pathologischen Erfahrungen am Menschen, aber auch alle Ergebnisse des Tierexperimentes. Schließlich sagt ja auch alle entwicklungsgeschichtliche Erfahrung, daß dem Epithel bei der Entwicklung die schöpferische Tätigkeit zukommt. Es ist ja eine vulgäre Tatsache, daß das Ei und das Sperma dem Epithel angehören, durch deren Vereinigung der Organismus und die Organe entstehen. Wir wissen auch, daß im Zentralnervensystem die bildnerischen Vorgänge im Anfange vom Epithel der Ventrikelwand und des Zentralkanal ausgehen. Tatsache ist auch, daß von der geförderten oder behinderten Drüsentätigkeit die Gestaltung des ganzen Individuums in hohem Maße abhängig erscheint.

Es dürfen also die allgemeinen Ursachen der menschlichen Entwicklungshemmung und Entwicklungsstörung resümiert werden durch die Worte: Vergiftung, Infektion, Trauma und immanente krankhafte erbliche Anlage.

Es erübrigt nunmehr nach dieser allgemeinen Übersicht die einzelnen Ursachen und die einzelnen Typen des Infantilismus zu schildern. Es sollen dabei einzelne Ursachen erwähnt und ihre Folgen für den Organismus geschildert werden.

Schilddrüse. Es ist wohl bekannt, daß die frühzeitigen intra- und extrauterinen Erkrankungen der Schilddrüse beim Zustandekommen des Infantilismus eine große Rolle spielen. Seit den Operationen von *Eiselbergs* und *Hofmeisters* und vieler anderer Autoren läßt sich aussagen, daß man ganz gesetzmäßig durch Exstirpation der Schilddrüse bei jungen Tieren Zwergwuchs, Verkümmern des Genitales sowie weitgehende Störung der Intelligenzleistungen hervorrufen kann. *Hofmeister* konnte auch nachweisen, daß die totale Schilddrüsenexstirpation beim jungen Kaninchen in den Ovarien degenerative Vorgänge veranlaßt, welche sich bald mehr in follikulärer Hypertrophie, bald mehr als generalisierte Follikelschrumpfung äußern. Die Hoden konnten viel leichter als hypoplastisch aber auch atrophisch nachgewiesen werden. Diesen Befunden ließ sich sehr instruktiv ein Fall von *Laucereau* gegenüberstellen von einem 14jährigen Menschen, der infolge der totalen Schilddrüsenexstirpation Kachexie bekam und keine Spur von Pubertätsentwicklung zeigte. Dabei möchte ich auf Grund eigener Erfahrung einschalten, daß bei kropfiger Schilddrüsendegeneration endemischer Kretins die Genitaldrüsen keineswegs immer verkümmert sein müssen. Bei sämtlichen thyreoektomierten Kaninchen ließ sich eine exquisite Verzögerung der Verknöcherung der Knorpelscheiben nachweisen, die das Längenwachstum vermitteln. Histologisch erwies sich der Knorpel dabei verändert. Es bestand bei den Tieren auch eine Kachexie, welche an der Haut schlechte Behaarung, starke Schuppenbildung erkennen ließ. Regelmäßig fand sich nach Schilddrüsenexstirpation bei Kaninchen eine bedeutende Vergrößerung des drüsigen Teiles der Hypophysis cerebri, welche bei jungen Tieren

1 einer Erweiterung der Sella turcica führte. Endlich sei noch referiert, daß durch Entfernung der Parathyreoidkörper (*Sandström* und *Gley-Bidl*) bei Kaninchen eine tödlich verlaufende Tetanie entstand. Letztere wurden nicht beim Menschen mehrfach als der Krankheitssitz für eine schwere infantile Entwicklungsstörung angegeben. Nach *Brissaud* gibt es ein parathyroides Myxödem, welches sich regulär mit geistigen Entwicklungsstörungen vergesellschaftet. Die Ansicht von *Gley* und anderen, daß die Parathyreoidkörper funktionell die Schilddrüse supplieren können, wurde durch die Experimente von *Vassalle* und *Generali* stark in Zweifel gestellt. Doch geben auch die letzteren Autoren an, daß schon die Entfernung der vier Nebenschilddrüsen im Hunde Tetanie erzeugt. *L. Mendel* fand in diesen Nebendrüsen mehr als in der Hauptdrüse. Es muß auch berichtet werden, daß *Biedl* eine Auffassung vertritt, daß die Entfernung der eigentlichen Schilddrüse nur eine Kachexie bewirke, während die Exstirpation der Nebenschilddrüsen (Epithelkörper) die Tetanie hervorrufe; diese Verschiedenheit der Wirkung lasse sich bei Pflanzenfressern demonstrieren, wo diese Epithelkörper regelmäßig außerhalb der Schilddrüse liegen. Die Frage nach den Folgen der Ausschaltung der Nebenschilddrüsen beim Menschen ist noch keineswegs geklärt.

Dagegen ist außer Zweifel, daß operative Entfernung der Schilddrüse nach *Reverdin*, von *Kocher*, *Billroth*, *Wölfler*, *Eiselsberg* und anderen häufig, wenn auch nicht immer, das Bild des Myxödems hervorruft. Auch beim Menschen wurde, wie gesagt, die Erfahrung gemacht, daß der wachsende Organismus des Menschen die Schilddrüsentätigkeit dringender und wahrcheinlich ausgiebiger benötigt als der erwachsene Mensch.

Ähnliche und identische Krankheitsbilder werden auch hervorgerufen durch spontane Abänderungen der Schilddrüsenfunktion durch atrophische und entzündliche Prozesse und die dadurch gesetzte mangelhafte Schilddrüsenfunktion. Die leichteren Fälle wurden überhaupt oft übersehen, bis durch das Verdienst der Franzosen *Brissaud*, *Hertoghe* und *Thibierge* und anderer diese leichtesten Formen, „*formes frustes*“, mehr ins ärztliche Blickfeld gezieht wurden. Diese können auch ohne markante Veränderungen im Skelettwachstum und ohne starke Beeinträchtigung der physischen Leistungen eintreten. Noch lebhaft diskutiert ist derzeit die Frage: ob der endemische Kretinismus identisch ist mit dem sporadischen infantilen Myxödem. Um nur zwei Autoren zu zitieren, seien folgende Auffassungen nebeneinander gestellt: *Heinrich Bircher* kommt in seinem ausführlichen Referate zu dem Schlußsatz, daß die kretinische Degeneration unmöglich auf Wegfall der Schilddrüsenfunktion beruhen und somit auch nicht identisch mit dem Myxödem sein kann. Dagegen resümiert *Dr. G. Bayrn* (1903) in einer wohlgelesenen Zusammenstellung sein Urteil mit den Worten: Normale Schilddrüse, kein Kretin. Dagegen herrscht Einmütigkeit darüber, daß fötales und infantiles Myxödem beim Menschen das ganze Skelettwachstum ausgiebig hemmen und bei längerem Bestande zeitlebens in juvenilem Zustande erhalten

kann. Damit einher geht auch eine proportionale Kleinheit der Organe und ein Zurückbleiben der Gehirnleistungen auf infantiler Stufe oder auch Idiotie.

Ich darf noch auf Grund 10jähriger Erfahrung in Steiermark aussagen, daß in Gegenden und Familien, wo Kretinismus herrscht, auch allgemein infantile Hemmungsbildungen ohne Kropf und ohne totalen Schilddrüsendefekt häufiger erscheinen. Natürlich schließt diese Tatsache noch nicht an, daß auch andere Krankheitsursachen während der Entwicklung den Infantilisismus veranlassen können.

Daß auch der Wegfall anderer Drüsenfunktionen die körperliche und physische Entwicklung hemmen und unterbrechen kann, geht ja aus den Massenerfahrungen bei den Entfernungen der Geschlechtsdrüsen durch die Tierzüchter hervor. Letztere haben auch bereits nachgewiesen, daß es einen großen Unterschied gibt, je nachdem die Kastration beim Neugeborenen oder beim erwachsenen Tiere vollzogen wird: es ist also erwiesen, daß die scheinbar noch nicht funktionierenden Geschlechtsdrüsen bereits für das Wachstum des Organismus offenbar durch innere Sekretion eine sehr bedeutungreiche Bedeutung haben. Dasselbe läßt sich beim Menschen behaupten: so wird oft durch erbliche Syphilis eine Erkrankung des kindlichen Hodens eine *Castratio subalbuginea* (*H. Seringe*) hervorgerufen, welche neben eigentümlichen Wachstumstörungen auch eine Fortdauer des kindlichen Typus bewirkt. Auch beim Weibe ist es bekannt, daß zur normalen Ausbildung des Frauentypus, der sog. sekundären Sexualcharaktere, das Vorhandensein der Eierstöcke nötig ist. Nach *Born* stellt das *Corpus luteum* eine Drüse mit innerer Sekretion dar. Ein frühzeitiger Wegfall bewirkt weitgehende Abänderung des ganzen Organismus. Die Frage, ob durch frühzeitigen Wegfall der Genitalfunktionen Infantilisismus bewirkt werden kann, ist wohl nach dem derzeitigen Stande dahin zu beantworten, daß zum mindesten Teilerscheinungen desselben auftreten können. Ich erinnere an die Kinderstimme, an das Ausbleiben des Haarwuchses, an die puerile geistige Artung der Eunuchen, an die geringe Entwicklung des Skelettes und der Muskulatur bei Tieren. Jedenfalls geben die Entwicklungsstörungen nach Wegfall des Genitales allein für sich andere Folgen und einen anderen Typus als bei Beeinträchtigung der Schilddrüsenfunktion. Es muß aber hier schon bemerkt werden, daß die Verkümmerng des Genitales, der Disgenitalismus, sich häufig auch als Teilerscheinung bei allgemeinem Infantilisismus findet: häufig ist er vergesellschaftet mit Aplasie der Nebennieren, häufig auch eine gesetzmäßige Folge nach Wegfall der Schilddrüse (sekundärer Disgenitalismus); so kann der Disgenitalismus von anderen Drüsen eingeleitet werden, um fürderhin selbst als Ursache zu fungieren für allgemeine Entwicklungsstörung des Organismus. Über diese Korrelation der Drüsen wird noch später zu sprechen sein.

Die Nebennieren. Es muß leider hier unterbleiben, die interessante allgemeine Wirkung der Nebennierenextrakte auf den Gesamtorganismus, auf den Stoffwechsel, auf den Blutdruck, auf das Nervensystem zu erörtern. Es soll aber gleich anfangs erwähnt werden, daß die Wirkung der Nebennieren-

extrakte auf den Fötus und auf den kindlichen Organismus andere und einflussreichere zu sein scheinen, als beim erwachsenen Menschen. *Stöltzner* und *Edge*, welche darüber viel Erfahrungen haben, verfochten sogar die Annahme, daß die Nebenniere dasjenige Organ ist, durch dessen funktionelle Insuffizienz im Kinde die Rhachitis entsteht. Tatsache ist, daß durch die Nebennierenbehandlung die rhachitischen Knochen eine Beeinflussung erfahren, welche die genannten Autoren zu Versuchen veranlaßte, weiterhin die Rhachitis durch Nebennierenextrakte zu behandeln. (Englische Tabloids.) Letztere Frage steht allerdings noch vielfach in Diskussion, wie *Stöltzner* selbst erörtert hat.

Die Symptome einer *Addison'schen* Krankheit finden sich nicht allzu selten bei Infantilismus. Diese Beziehungen studierte *Morlat* in einer These 1903. Er berichtet dabei ausführlich einen Fall von Infantilismus von dem Typus *Lorain* (nicht Myxödematös), welcher mit *Addison'scher* Krankheit einherging. Vielfach wurde bemerkt (*Lasègue*, *Ball*, *Klippel*), daß ein konstantes Symptom bei *Addison'scher* Erkrankung auch in geistiger Beziehung zutage tritt durch auffällige Trägheit, Stumpfheit, Verlangsamung der Reaktionen.

Besonders eingreifend und beachtenswert scheint der Erfolg zu sein, wenn der Mangel der Nebennieren beim embryonalen Organismus hervorbringt. In dieser Beziehung ist wohl die lesenswerteste Untersuchung von *Zander* in *Königsberg*. Dieser Autor fand in 56 Fällen die Nebennieren sehr klein oder entartet. Es betraf folgende Fälle:

Hemicephalen	42
Encephalocoele	6
Cyclopie	4
Syncephalie	3
Mikrocephalie	1

Auch bei Fällen von erheblichen Defekten des Vorderhirns fand er fast regulär die Nebennieren verändert. Ich selbst kann diese Angaben bestätigen auf Grund von vier Obduktionen von Anencephalen. Hierzu darf ich den eigenartigen Befund anfügen, daß in einem Falle von eklatanter Hypertrophia cerebri ich die Marksubstanz der Nebennieren cystisch entartet fand; dagegen war die Thymusdrüse auffällig groß und auch beide Arteriae thymicae in ungewöhnlicher Größe vorhanden. Bisher ist die allgemeine Auffassung geltend, daß die Nebennieren Drüsen mit innerer Sekretion sind und einen Stoff erzeugen, dessen Reizwirkung auf die Muskulatur der Gefäße und des Herzens diese in einem für ihre physiologische Funktion nötigen Tonus erhält. Von diesem Standpunkte aus gewinnt neuerdings Wert die Tatsache, daß eben bei den Anencephalen mit ihren defekten Nebennieren die ganze Substanz des Zentralnervensystems von den kleinsten Gefäßen aus durchblutet erscheint; gewissermaßen als ob hier alle Wanddruckregulation aufgehört hat. Hier ist wohl auch die Fragestellung berechtigt, warum diese Durchblutungen fast elektiv das Zentralnervensystem betreffen.

Soweit die Nebennieren in ihren Beziehungen zu den schweren Entwicklungshemmungen. Ganz ungeklärt ist noch die Frage, wie sich denn

mildere Störungen der Nebennierenfunktion zur Geltung bringen (formes frustes). Es steht theoretisch zu erwarten, daß bei diesen Typen von Infantilismus und Entwicklungsstörungen die krankhafte Pigmentbildung, besonders aber vasomotorische Anomalien als Syndrome und als diagnostische Anhaltspunkte in den weiteren Mitteilungen erscheinen werden. Tatsache ist, daß das Volumen der Nebenniere enorm verschieden ist, und daß z. B. Kraus Gewichtsunterschieden von 4,8—7,2 gefunden hat.

Ich selbst konnte in einem Falle von Chorea mit Demenz eine normal geformte Nebenniere mit einem Gewicht von 12 g konstatieren.

Thymusdrüse. Die Anomalien der Thymusdrüse sind desgleichen mehrfach mit allgemeiner oder partieller Entwicklungshemmung in Beziehung gebracht. Nach Kraus schwankt das Gewicht dieses Organs zwischen 4 und 34. Es ist aber auch ein Gewicht von 47 g bekannt. Schon Klebs dachte an einen Zusammenhang der Anomalien der Thymusdrüse mit der Akromegalie. Nach den mehrfachen Zusammenstellungen von Bourneville scheint es, daß die Thymusdrüse früher bei den abnormen und idiotischen Kindern verschwindet. Aber auch Persistenz der Thymusdrüse fand sich in Fällen von Infantilismus (*Marchiafava*). Bekanntlich wird die Hypertrophie der Thymusdrüse von vielen Autoren auch in neuerer Zeit, unter anderen von Hochsinger, als die Ursache angesehen von Atembeschwerden, vom Stimmritzenkrampf, aber auch als die Ursache plötzlicher Todesarten. Die Frage des Thymustodes ist keineswegs eine abgeschlossene, da viele Pädiater (*Pfaundler*, *Escherich* u. a.) wenigstens die Thymushyperplasie nicht als mechanische Ursache gelten lassen. Nach F. Kraus erscheint es berechtigt, bei solchen Todesfällen von Kindern und Erwachsenen als Todesursache die häufig dabei vorhandene Hyperplasie der lymphatischen Apparate, also „die Vegetationsanomalien lymphatisch-chlorotischer Natur“ als Ursache anzunehmen; die Hyperplasie oder Fortdauer der Thymusdrüse wäre also nur als eine Teilerscheinung der geschilderten Veränderungen aufzufassen. Pultenau hält auch den Befund akuter Herzerweiterung dabei für belangreich, so daß solche Individuen an „Herztod“ sterben. Ich darf hier anführen, daß mir durch die Güte Professor Kolisko's ein zweiter Fall zur Untersuchung gelangte, wobei mit Hypertrophie der Thymusdrüse gleichzeitig eine Gehirnhypertrophie vorhanden war; es ist aber schon seit Rokitsansky und besonders den Gerichtsärzten bekannt, daß plötzliche Todesarten bei Hypertrophie des Gehirns sich ereignen. Die übermäßige Entwicklung der Thymusdrüse wurde übrigens gleichzeitig mit Vergrößerung des Hirnanhangs auch bei Akromegalie gefunden (*Klebs*, *Erb*, *Sternberg*). Auch bei Struma und bei Basedowscher Erkrankung wurde sie nach F. Kraus vergrößert gefunden. Nach Calzolari soll die Atrophie und Involution dieser Drüse langsamer bei kastrierten Tieren vor sich gehen als bei unversehrten. Über die Folgen der primär gesetzten Veränderung der Thymusdrüse für das Knochenwachstum haben die Versuche von Basch interessante Ergebnisse geliefert. Nach der Exstirpation der Thymusdrüse zeigten die Tiere viel dünneren, grazileren Knochenbau als

re Genossen, und nach Knochenbrüchen war die Callusbildung beträchtlich mindert. Ähnliche Versuche hat in größerem Maßstabe mein gewesener Assistent Dr. F. Hartmann unternommen, welchen Ergebnissen ich hier nicht ergreifen will. Beim Menschen ist übrigens auch die Erkrankung der Thymus ein erblicher Syphilis und die weiteren Folgen noch eingehend zu studieren. Eine für uns interessante Frage hat *Svehla* aufgeworfen und experimentell untersucht, nämlich die Frage, in welcher Fötalzeit die Thymusdrüse die ihr eigenen wirksamen Stoffe absondert, also für den Gesamtorganismus ihre Funktion beginnt. Nach den Untersuchungen dieses Kollegen soll beim Menschen (zum Unterschiede von den Tieren) zuerst die Thymus, dann die Schilddrüse, am spätesten die Nebenniere für den Gesamtorganismus wirksam werden. Ob von der Thymus aus primär außer der Dünnhaut der Knochen auch andere typische Entwicklungshemmungen oder allgemeiner Infantilismus abgelöst werden können, bleibt noch eine offene Frage. Bestimmt läßt sich nicht sagen, daß es Hyperplasien dieses Organes gibt ohne infantile Symptome. Gegenüber scheint es, daß die mangelhafte Ausbildung oder das zu rasche Verschwinden der Drüse, besonders nach den Untersuchungen von *Bourneville*, bei epileptischen Idioten sich häufiger findet. Es besteht auch eine Theorie nach *Blondel*, wonach die Bleichsucht durch Mangel der Thymusfunktion und das frühe Verschwinden derselben entstehen kann, ehe noch die Ovarialfunktion genügend dafür eintritt.

Pankreas. Nach einigen Autoren ist auch die frühzeitige Erkrankung des Pankreas imstande, einen gesonderten Typus von Infantilismus zu bewirken. Es hat *Byrom Bramwell* einen solchen Fall von „Infantilismus pancreaticus“ genauer studiert. Es war ein 18jähriger Kranker im Wachstumsstadium etwa eines Elfjährigen. Psychisch war er jedoch begabt und intelligent. Die Erkrankung des Pankreas wurde aus folgendem geschlossen:

1. Eine große Menge unverdautes Fett, welches nach Einführung von Pankreasextrakt sich verminderte.

2. Bei Milchdiät ging der relative Gehalt von Phosphorsäure im Urin beträchtlich unter die Norm; nach Zufuhr von Pankreasextrakt hob sich der Gehalt an Phosphorsäure in markanter Weise.

3. Wurde die Probe nach *Sahli* vorgenommen, d. h. Einschließung von Natriumsalzen in geeigneten Gelatinkapseln; die Lösung der Gelatine durch Pankreasextrakt blieb aus, daher auch keine Jodreaktion zustande kam. Der Kranke wurde mit einem Glycerinextrakt der Bauchspeicheldrüse behandelt, worauf ein bedeutendes Längenwachstum, rascher Eintritt der Pubertät eintrat mit gleichzeitigem Verlust der Kinderstimme. Auch die Röntgenbilder erwiesen ein rasches Nachholen des zurückgebliebenen Knochenwachstums.

Nur einige Worte seien vorgebracht über die Beteiligung des Gehirns im Zusammenhang mit den infantilen Entwicklungsstörungen. Seitdem *B. Marie* beim Menschen die Beziehungen zwischen Akromegalie und Hypophysenveränderung erörtert hatte, wurde auch bald konstatiert, daß diese Drüse vielfach in Wechselbeziehung steht mit anderen Drüsen, insbesondere mit der Schild-

drüse und dem Genitale. Bei Kretinismus wurde sie sowohl atrophisch als auch hypertrophisch gefunden. Bei Kaninchen ist die Vergrößerung des Gehirnanhangs nach Schilddrüsenexstirpation, wie es scheint, regulär (*Rodewilch, Hofmeister, Eiselsberg* u. a.); der Riesenwuchs, welcher nach *Sternberg* sich oft mit Vergrößerung und Entartung der Hypophysen, d. h. des Gehirnanhangs, findet, läßt in vielen Fällen Verkümmern des Genitales erkennen. Es wurden daher gewissermaßen Riesentypen des Infantilismus aufgestellt; in der Tat entstehen bei solchen Typen Entwicklungshemmungen im Knochensystem, z. B. Persistenz der Knorpel und Epiphysenfugen, mitunter auch ein geistiger Infantilismus. Insbesondere hat *Brisaud* erklärt, daß jeder Riese infantiles Gepräge habe. Er und seine Schüler unterscheiden auch eine spezielle infantile Form des Riesenwuchses. Wir geben zu die Entwicklungshemmung, die mitunter das Skelett zeigt, und ebenso die häufig vorgefundene geringe Entwicklung des Genitales, ebenso wie die kindliche Geistesverfassung bei Riesenwuchs.

Die Hypophyse findet sich nicht nur bei Myxödem vergrößert, sondern ist auch mitunter bei Kretinismus und bei Akromegalie besonders häufig beteiligt. Nach *A. Schiff* gehen der Entwicklung der Akromegalie mitunter Symptome von Myxödem voraus.

Haskovec und *Formonek* haben deshalb die Annahme vertreten, daß bei Akromegalie das primär erkrankte Organ nicht die Hypophyse, sondern die Schilddrüse sei. Hierzu ist zu bemerken, daß in der Tat durch die Schilddrüsen-therapie in einzelnen Fällen von Akromegalie gute Erfolge erzielt wurden. Endlich sei noch erwähnt, daß bei verschiedenen Formen von Idiotie, von Zwergwuchs der Gehirnanhang aplastisch gefunden wurde (*Bournville*).

Aus den zahlreichen Arbeiten, von denen nur der kleinere Teil hier Platz finden konnte, geht wohl mit Sicherheit hervor, daß im menschlichen und tierischen Körper, besonders bei jugendlichen Individuen, die Drüsen mit innerer Sekretion insgesamt eine große Bedeutung besitzen für das Wachstum und für die Fortentwicklung des Organismus und seiner Teile im Sinne seiner art eigenen Gattungsmerkmale. Diese Drüsen ziehen im Erkrankungsfalle einander vielfach in Mitleidenschaft und scheinen sich zum Teile zu kompensieren. Wir dürfen also von einer Korrelation dieser Drüsen sprechen. Im weitesten Sinne des Wortes kommt ja allen Organen eine gewisse innere Sekretion zu, d. h. sie vermögen durch Abgabe ihrer Stoffwechselprodukte die Blutbeschaffenheit zu ändern. Das Blut stellt gewissermaßen die Bilanz aller der inneren Wirkungen dieser Organe dar (*Neuser*). Diese Beteiligung der einzelnen Organe an der allgemeinen Blutbeschaffenheit benannte *Gad* als metakrastische Funktionen. Besonders aber stehen die bisher genannten Drüsen sowie die Blutdrüsen in solchem funktionellen Konnex, demgemäß spricht *Sanctis* von zweierlei Arten der Drüsenfunktionen, und zwar von einer „eigenen und spezifischen Funktion“, und von einer Gemeinfunktion, welche letztere solidarisch mit den anderen Drüsen für den Organismus erfüllt wird.

Nach diesem Autor ist demnach die Behinderung der körperlich-geistigen Entwicklung entstanden durch eine Störung des richtigen Gleichgewichtes, der richtigen Harmonie des Stoffwechsels und der formativen Stoffe im allgemeinen.

Aus dem bisher Gesagten geht wohl hervor, daß ich den ähnlichen Standpunkt vertreten kann, d. h. die Annahme, daß die Entwicklungshemmung, der Infantilismus durch Stoffwechselstörungen seitens verschiedener Ursachen bewirkt werden kann; ich füge hinzu, daß die lokale und organische Ursache an sich aber imstande ist, dem Infantilismus einen eigenen Typus, ein eigenartiges Gepräge zu verleihen.

Zwei Ursachen müssen hier noch außerdem wenigstens kurze Erwähnung finden: dies deswegen, weil sie große pathologische Bedeutung haben, und andererseits, weil sie in den bez. Publikationen zumeist unerörtert bleiben. Nächst ist es Tatsache, daß nach einem Trauma, besonders mit starker Gemeinererschütterung, jugendliche Individuen auf derselben Stufe der kindlichen Entwicklung stehen bleiben können, die sie zur Zeit des Traumas erreicht haben.

Zweitens muß auch die primäre Funktionsstörung des Gehirnes mitunter als veranlassende Ursache in Betracht gezogen werden. Die Beziehung zwischen Gehirn und Drüsen ist ja eine gegenseitige, ja es kannatzweg ausgesagt werden, daß der Einfluß des Zentralnervensystems auf die Drüsen so eklatant ist, wie der auf die Muskulatur. Auch auf die übrigen Organe, einschließlich des knöchernen Skelettes, ist der Wachstumseinfluß des Gehirnes ja evident: dieser Einfluß wird besonders deutlich bei infantilen Gehirnerkrankungen, besonders bei Encephalitis, Porencephalie und bei der Aralyse progressiva im Kindesalter. Ausdrücklich darf bemerkt werden, daß Mikrocephalie an und für sich nicht notwendig zu einer Verkleinerung des Augenzwachstums und der Größenentwicklung des Rumpfes und der Extremitäten führt. Schon seit Jahrzehnten, seit *Andral*, *Lorrain* und anderen ist es bekannt, daß verschiedene allgemeine Erkrankungen in der Kindheit wohl imstande sind, auch ohne Mitbeteiligung der Schilddrüse oder der anderen Drüsen die Entwicklung in hohem Maße zu retardieren. Grade in letzter Zeit sind diese „von der Schilddrüse unabhängigen Infantilismusformen“ öfteren erörtert worden (*Ferranini* u. a.). Dieselben werden in einzelnen Typen noch später aufgezählt.

Schließlich sei noch der interessanten Tatsache gedacht, daß die verschiedenen Formen und Ursachen der Entwicklungsstörung auch so tiefgreifende Abänderungen setzen können, daß durch die Krankheit der ganze Rassentypus eine Abänderung erfahren kann. Es ist ja eine bekannte Tatsache, daß die Kretinen in Steiermark und Kärnten, in der Schweiz und Italien, in Savoyen und in den Pyrenäen alle wie Geschwister sich ähnlich sehen und gewissermaßen einen einzigen Volkstypus darstellen. Schon *Langdon Down* unterschied bei den Idioten einen mongolischen, äthiopischen und Indianertypus. Am häufigsten wurde von berufenen Autoren in neuerer

Zeit der Mongolismus erörtert, (*Ireland, Shuttleworth, Beach, Kassowitz, Metchnikow, Sanctis* u. a.). Nach *Metchnikow* zeigt eben das mongolische Auge die Persistenz eines Fötalzustandes. Nach *Sanctis* werden durch solche Entwicklungsstörungen gewissermaßen die anthropologischen Charaktere der Mutter und des Vaters in krankhafter Übertriebenheit dargestellt. Ich kann aber aussagen, daß ich wiederholt gesunde Familien beobachten konnte, welche in Kretinengebieten von Steiermark eingewandert sind, und bei denen die später folgenden Kinder den vollendeten landesüblichen Kretintypus angenommen haben. Die Meinung von *Sanctis* kann aber bezl. anderer Entwicklungsstörungen zutreffend sein. Die Anthropologen und Pathologen (*Darwin, Topinard, Klebs* u. a.) haben schon seit längerer Zeit erörtert, daß solche krankhafte Entwicklungshemmungen bei Menschen und bei Tieren in einer Transformation der Rassenmerkmale führen können.

In körperlicher Beziehung können also nach dem Gesagten folgende Typen von Infantilismen aufgezählt werden:

(Die Mehrzahl der im folgenden genannten Typen bieten gleichzeitig Idiotie, Schwachsinn oder kindlichen Geisteszustand [infantilismus psychicus] dar.)

Mit der folgenden Tabelle soll noch keineswegs eine systematische Einteilung oder scharfe Trennung der verschiedenen Formen des Infantilismus beabsichtigt sein, vielmehr eine Aufzählung, welche doch die inneren und äußeren Ursachen und die einzelnen Typen hervorheben soll.

I. Generelle Infantilismen:

- a) Infantilismus mit Myxödem und mit Kretinismus.
- b) Mongolismus.
- c) Infantilismus durch Fehlen oder durch Verkleinerung des Genitales.
- d) Infantilismus mit primärer Erkrankung anderer visceraler Drüsen, insbesondere der Nebennieren, der Thymus, der Bauchspeicheldrüse.
- e) Infantilismus dystrophicus mit folgenden ätiologischen Unterarten:
 - α) Infantilismus bei Gefäßaplasie (I. anangioplasticus).
 - β) Infantilismus bei primären Gehirnerkrankungen (einseitig oder beiderseitig).
 - γ) Infantilismus bei erblicher Syphilis.
 - δ) Infantilismus nach Alkoholismus und anderen Vergiftungen (Blei, Quecksilber usw.) der Eltern.
 - ε) Infantilismus bei frühzeitig erworbenen anderweitigen Erkrankungen und Stoffwechselstörungen wie
 - Tuberkulose
 - Chlorose
 - Herzfehler (pulmonalis und mitralisinsuffizienz)
 - Pellagra und andere Endemien.
 - ζ) Infantilismus durch Verkümmern in schlechten hygienischen Verhältnissen und durch mangelhafte Ernährung des Kindes.

II. Partielle Infantilismen:

- a) Infantilismus, bestehend in Verkleinerung der Sexualorgane.
- b) Infantilismus mit Mangel im Gebiete des kardiovaskulären Systems.
- c) Infantilbleiben der Stimme und der stimmbildenden Organe.
- d) Ausbleibender Haarwuchs (Fehlen des Bartes und der Pubes, aber auch der übrigen Körperhaare mit guten Körperproportionen).
- e) Reiner Infantilismus psychicus.¹⁾

Möller-Berlin: Über den Unterricht der Idioten, Imbezillen und Schwachbegabten.

Der Vortragende gibt eine gedrängte Übersicht über die Methoden, nach denen in Idiotenanstalten und Nachhilfeschulen unterrichtet wird; es wird dabei vor allem auf gleichmäßige Ausnützung bzw. Ausbildung der verschiedenen Sinnesgebiete, besonders auch des Muskel- und kinästhetischen Sinnes Wert gelegt. Für verschiedene Zwecke haben sich u. a. neuerdings die Modellierarbeiten mit ein- oder mehrfarbiger Pastellinamasse sehr bewährt.

In der Diskussion führt *Alt* zur Charakteristik der Schriften der Pädagogen an, daß in einer von jener Seite gemachten Zusammenstellung der unter ärztlicher Leitung stehenden Idiotenanstalt Uchtsprünge nicht mitgeführt sei. Der Unterricht im Formen und plastischen Arbeiten werde bei ihm sehr gepflegt, ferner ein Anschauungsunterricht an der realen Natur, nicht an Bildern, gegeben. Sehr bewährt habe sich der von Schweden her eingeführte Unterricht im Arbeiten am Handwebstuhl. Die Familienpflege sei als eines der geeignetsten Mittel zu bezeichnen, um die Idioten der ärztlichen Behandlung wieder zuzuführen.

(Vortrag *Möller* und Diskussion nach *Hänels* Bericht in der Psychiatrischen Wochenschrift.)

In der Diskussion bemerkt ferner *Gutzmann*, wenn man bedenke, welche dominierende Bedeutung die Sprache besonders für die Entwicklung und den Aufbau der bei Schwachsinnigen mäßigen Grades vorhandenen intellektuellen Fähigkeiten habe, so müsse doch wohl auch dringend gefordert werden, daß die Lehrer an Schwachsinnigen-Schulen eine genügende Vorbildung in Sprachphysiologie, Sprachpsychologie und -Pathologie aufweisen können. Dazu seien Kurse sehr förderlich. In Berlin habe die Stadtschulbehörde dafür eine Einrichtung getroffen. Ferner müßten aber auch die Schulärzte, denen die Rubrizierung der kleinen Schulkinder obliege, außer anderen Vorbedingungen auch eine genügende Kenntnis auf dem Gebiete der Sprachstörungen nachweisen, damit nicht mehr, wie jetzt noch ganz gewöhnlich, Verwechslungen und Verkennungen von Störungen vorkämen. Die Ärzte dürften nicht in die Lage kommen, sich dabei vor den Lehrern eventuell

¹⁾ Die klinischen Merkmale des Infantilismus sollen in einem zweiten Berichte erörtert werden.

eine Blöße zu geben. Für die Leseübung macht G. auf seine Schrift in der Schiller-Ziehenschen Sammlung Bd. I aufmerksam: Bedeutung der Sprachphysiologie für den ersten Leseunterricht; ferner empfiehlt er die Benutzung der vor den Augen der Kinder geschriebenen Buchstabentäfelchen. Endlich zeigt er, daß sich die Buchstaben des kleinen lateinischen Alphabets aus sechs kleinen Strichen und Häkchen zusammensetzen lassen, und empfiehlt diese Zusammensetzübungen dem Schreiben vorhergehen zu lassen.

4. Sitzung, nachmittags 2 Uhr.

H. Vogt-Langenhagen. „Über den Mongoloidentypus der Idioten.“

Aus dem Gesamtgebiet der Idiotie grenzt sich klinisch sozusagen von selbst der Mongoloidentypus ab. Die Form ist in Deutschland bisher wenig studiert, was in der Tatsache seinen Grund hat, daß auf die Idiotenfürsorge bei uns psychiatrisch gebildete Ärzte keinen ausreichenden Einfluß haben, es kommt dafür aber auch in Betracht, daß die Krankheit bei uns viel weniger häufig ist (ca. 1 %) als in England (5 %). Das Wesen der Krankheit (*Fraser-Mittschell, Neumann, Weygandt*) besteht in einer charakteristischen Habitusveränderung plus Schwachsinn, beides ist angeboren. Die Habitusveränderung betrifft zunächst das Gesicht: Schlitzaugen, quere Stellung der Augenschlitze, breites Gesicht, stumpfe knopfförmige Nase. Der Mund ist meist offen, die Zunge groß und dick, daß Gebiß defekt. Die Form der Zunge erinnert an die bei den Dermatologen *Lingua scrotalis* genannte Form, der Schädel ist stets brachycephal; *Shuttleworth* wollte daraus einen besonderen Schädeltypus ableiten. Zur Charakterisierung der Schädelform gehört noch eine starke Verkleinerung, der Schädel ist eigentlich mikrobrachycephal, der Umfang beträgt meist 50,0, der Längenbreitenindex 85,0 — 91,0. Häufig ist Asymmetrie des Schädels. Wichtig ist, daß so gut wie stets die Kopfhöhe verringert ist. Dieses Maß ist für die Beurteilung der Gehirnentwicklung und des Wachstums von besonderer Bedeutung (*Sommer* und nach ihm *Kellner*). Die Ossifikation ist von vielen Autoren (*Kassowitz* u. a.) als normal bezeichnet; *Weygandt* hebt mit Recht hervor, daß gerade die Mongoloiden nicht selten retardierte Ossifikation zeigen. Vortragender demonstriert Röntgenbilder von Mongoloiden mit deutlich verzögerter Ossifikation. Ebenso ist die Dentition meist verzögert, die Zahnbildung in 1. und 2. Dentition außerdem defekt. Charakteristisch sind die Plumpheit der Hände und Füße, ferner häufig zu beobachtende Verbildungen der Finger und Zehen (Verbildung des 1. oder 2. Fingers, Verlängerung der 2. Zehen) — Degenerationszeichen treten oft gehäuft auf. Die Temperatur, die nach anderen Erfahrungen oft herabgesetzt ist, ist nach des Vortragenden Beobachtungen, von unwesentlichen Schwankungen abgesehen, normal. Bezüglich der inneren Organe haben *Telford Smith, Taylor, Neumann, Kassowitz* u. a. schwere Störungen und Bildungsdefekte am Herzen gesehen. Vortragender hat ohne objektiven Befund häufig funktionelle Herzschwäche beobachtet. Die Psyche trägt keinen charakteristischen

status, wie die ersten Beobachter vermuteten, sondern es umfaßt die mongoloide Idiotie fast alle Formen des angeborenen Schwachsinn, erethische wie pathische Stufen. Es bestehen aber zweifellos gemeinsame Züge (Neigung zu Späßen, Grimassieren usw.). Besonders gilt dies für die Bildungsstufe, fast alle Mongoloiden eignen sich für die untersten Unterrichtsstufen. Sie bringen aber nicht darüber hinaus. Keiner aus der Beobachtung des Vortragenden merkte schreiben, die Sprache bleibt mangelhaft. Nach anfänglichen kleinen Erfolgen in der Schule versagen die Mongoloiden bald völlig.

Gewisse äußere Ähnlichkeiten des Mongolismus mit dem Myxödem haben frühzeitig dazu geführt, die Organtherapie beim Mongolismus zu versuchen. Es besteht bei den Mongoloiden bei dieser Therapie zunächst die Gefahr, daß das empfindliche Herz durch das Mittel weitere Schädigung erfährt, was nicht selten dazu zwingt, das Mittel bald ganz auszusetzen. In anderen Fällen wird das Mittel gut vertragen. Die Wirkung läßt sich in folgender Weise charakterisieren: Es fehlt eine spezifische Wirkung, wie sie bei Myxödem usw. nach Darreichung des Mittels auftritt. Die charakteristischen Erscheinungen der Krankheit, die beim Myxödem nach Thyreoidin schwinden, bleiben im gleichen Fall beim Mongolismus bestehen. Was sich ändert, sind gewisse allgemeine Symptome, Fettleibigkeit, gedunsene Beschaffenheit der Haut, Schwankungen im allgemeinen Zustand. Diese Symptome erfahren bei allen Idioten (*Bourneville*), namentlich solchen mit infantilistischen Erscheinungen, durch Thyreoidin Beeinflussung, wir wissen auch, daß diese Organkuren allgemein zellproliferatorische und regenerative Prozesse steigern (Knochenbruchheilung, *Bayon*) durch den Antrieb, den sie den Stoffwechselvorgängen verleihen. Darin ist es begründet, daß in der ersten Zeit nach Verabreichung des Mittels eine geringe Besserung eintritt (die Haut wird praller, das allgemeine Befinden hebt sich, apathische Kinder werden agiler), die Besserung hält aber nicht an. Längenwachstum und Gewicht erfahren, wenn man die Beobachtung lange genug fortsetzt, keine Veränderung.

Ein anatomisch untersuchter Fall zeigte keine nachweisbaren Veränderungen der Blutgefäßdrüsen (Milz, Nebenniere, Thyreoidea, Thymus). In der Hirnrinde fällt folgendes auf: Breite erste Zone, Zellen unregelmäßig gelagert, nicht typisch gruppiert, Ganglienzellen im Markkörper zerstreut, unscharfe Abgrenzung der Rinde, zahlreiche Neuroblasten, also Momente, welche darauf hinweisen, daß die letzten Stadien der embryonalen Hirnentwicklung eine Störung (Hemmung) erfahren haben. Dem entsprechen manche sonstige körperliche Symptome an den Organen; nicht die erste Anlage ist defekt, sondern die Entwicklung ist nicht völlig bis zum Ende typisch abgelaufen.

Es ist folgendes beachtenswert: Die Symptomatologie weist auf eine Stoffwechselerkrankung hin. Die Myxödematösen werden normal geboren, die Krankheit setzt post partum ein, entsprechend der Tatsache, daß auch die Thyreoidea normaliter erst post partum ihre Tätigkeit beginnt. Ebenso kann

es eine — in ihrem Wesen nur noch unbekannte — innere Sekretion geben welche in der letzten Embryonalperiode in den Gang der Entwicklung eingreift, deren Ausbleiben also einen Defekt der letzten Stadien der Evolution zur Folge hat. Vortragender betont, daß er hiermit nicht eine Theorie zu geben beabsichtige, sondern nur den Eindruck klinischer Beobachtungen charakterisieren wolle. Vielleicht gibt es einen brauchbaren Fingerzeig für fernere Forschung. Wir sehen bei den Mongolen beides vereint: eine die letzten Evolutionsstadien betreffende Hemmung der Entwicklung und zweifellose Symptome von Stoffwechselstörung. (Eigenbericht.)

In der Diskussion bestätigt *Alt*, daß die Zahl der Mongoloiden auch in Sachsen nur 1% der Idioten betrage. Er habe bis vor kurzem geglaubt, daß der mongoloide Typus schon früh zum Tode führe; er habe sich aber eines Besseren überzeugt, als er eines Tages zwei erwachsenen Mongoloiden (Sachsengänger) begegnet sei. Er habe bemerkt, daß denselben der Sexualsinn fehlte. Die Schilddrüse ist bei den Mongoloiden normal. Er bitte künftig bei Mongoloiden die Genitalorgane genau zu untersuchen, da er glaube, daß da ein Organ krank sei. Er habe einen mongoloiden Knaben gekannt, der sich plötzlich verändert habe und ein sehr netter Junge geworden sei.

Weygandt stimmt der Ansicht des Vortragenden hinsichtlich der Schwierigkeit der Ätiologie zu, die eine genaue Abwägung der einzelnen Faktoren noch nicht zuläßt; verweist auf das häufigere Vorkommen in England. Die Hyposexualität zeigt sich auch in dem häufigen Ausbleiben der sekundären Sexualzeichen, besonders des Bartwuchses.

Im Schlußworte erklärt *Vogt*: Die von *Alt* beobachteten Schwankungen sind ein wichtiges Anzeichen für die vermutete Stoffwechselnatur der Krankheit. Die Beobachtung, betreffend die Sexualorgane, kann Vortragender nicht erweitern, da seine Fälle im Kindesalter stehen. *Fraser* und *Mitchell* haben in Schottland freilebende mongoloide ältere weibliche Personen stets kinderlos gesehen. Einen regionären Charakter hat die Krankheit nach der Beobachtung des Vortragenden in Hannover sicherlich nicht.

Heß-Görlitz: „Über Heboidophrenie.“

Neben die Hebephrenie, die, von seltenen Ausnahmen abgesehen, frühzeitig mit intellektueller Schwäche einhergeht und in der Mehrzahl der Fälle zur Verblödung führt, stellte *Kahlbaum* 1884 eine „besondere klinische Form des moralischen Irreseins“, d. h. eine den Entwicklungsjahren eigene, von anderen Psychosen wohl unterscheidbare Seelenstörung, die durch das Verwalten ethischer Absonderlichkeiten und Perversitäten charakterisiert ist. 1889 nannte er diese Psychose Heboidophrenie oder Heboid. Sie ist scharf vom angeborenen moralischen Schwachsinn als einer Teilerscheinung der Imbezillität zu trennen, sie ist nach *Kahlbaum* gekennzeichnet „durch Abweichungen des gesamten Verhaltens, durch Abweichungen und Ungewöhn-

lichkeiten jenes Komplexes von seelischen Eigenschaften, die vorzugsweise die psychische Individualität des Menschen in sozialer Beziehung zusammensetzen (Charakter, Persönlichkeit, Temperament), ferner in Abweichungen und Ungewöhnlichkeiten des Trieblebens, die als Mängel oder Abweichungen der Gewohnheiten und der Sittlichkeit aufzufassen sind und in extremen Fällen sich als verbrecherische Neigungen und Taten äußern. Andere Symptome, wie Abschwächungen der Intelligenz oder auch entgegengesetzt hohe Entwicklung derselben, überaus geniales Wesen, Abschwächungen oder Steigerungen des Gefühlslebens, können im einzelnen Fall vorhanden sein, sind aber nicht charakteristisch.“ Wesentlich für die Psychose ist die Entwicklung in der Kindheit und in den Jugendjahren; Seelenstörungen in höherem Alter mit Vorwalten von moralischen Symptomen sind von der Heboidophrenie völlig verschieden.

Hebephrenie und Heboidophrenie gehören eng zueinander, sie bilden zusammen die hebetischen Formen der Seelenstörung. Die hebephrenen Formen sind die symptomatisch umfassenderen, schwereren, in der Regel unteilbaren; die Heboidophrenie ist gewissermaßen ein Ausschnitt aus dem Symptomenbilde der Hebephrenie. *Wernicke* erkennt die Heboidophrenie als spezifische Psychose des Pubertätsalters an und betrachtet sie als eine Unterabteilung seiner „moralischen Autopsychose“ (erworbene moral insanity). Vortragender zählte unter seinen Aufnahmen 7,7 % sichere und 6 % zweifelhafte Fälle von Heboidophrenie, nach den Geschlechtern: m. 10 % sichere Fälle, w. 2,9 % sichere Fälle.

Die auffallende Differenz ist nicht durch die Geschlechtsunterschiede, sondern durch äußere Umstände bedingt. Da die Heboidophreniker für die oberflächliche oder laienhafte Beobachtung kaum das Gepräge der geistigen Krankheit, zeigen, kommen sie im allgemeinen nur ausnahmsweise in irrenärztliche Behandlung, viel häufiger haben Lehrer, Theologen, Polizei, Gerichte mit ihnen zu tun. Im Verlauf einer Heboidophrenie erleidet die Intelligenz gewöhnlich keine Einbuße, sondern entwickelt sich weiter. Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen fehlen, allenfalls auftretende Beziehungsideen haben keinen elementaren Charakter, sondern werden korrigiert; ein Ausgang in Verwirrtheit, Schwachsinn oder Verblödung ist ausgeschlossen, dagegen besteht dort, wo keine Heilung erfolgt, die Gefahr des Ausganges in eine asoziale oder antisoziale Laufbahn. Zur Illustration seiner Ausführungen teilt H. die Krankengeschichte eines Heboidophrenen mit. (Eigenbericht.)

In der Diskussion erklärt *Neisser*: So dankenswert es schon aus Gründen der Pietät wäre, ein von *Kahlbaum* aufgestelltes Krankheitsbild besser würdigen zu lernen, und so sehr es auch praktisch erwünscht sein muß, bei Fällen mit vorwiegend sog. moralischen Symptomen ihre pathologische Eigenart besser erweisen zu können, so ist mir doch die Heboidophrenie nie recht scharf faßbar erschienen, und auch trotz der wirkungsvollen Beispiele, welche der Vortragende jetzt und früher mitgeteilt hat, muß ich

offen gestehen, daß ich nicht recht weiß, welche klinischen Symptome die Krankheit als solche und gegenüber anderen, namentlich der Hebephrenie zugerechneten Formen kenntlich machen. Es würde gewiß vorteilhaft sein, wenn *Heß* zur besseren Kennzeichnung der Form aus dem reichen *Kahlbaumschen* Material eine größere Zahl von Fälle veröffentlichen möchte.

Heilbronner hat, trotzdem ihm das Krankheitsbild in der von *Kahlbaum* geschilderten Form geläufig ist und er wiederholt durch einzelne Fälle an die *Kahlbaumsche* Schilderung erinnert wurde, sich nie entschließen können, die Diagnose: Heboidophrenie zu stellen, und hat sich überhaupt von der Selbständigkeit der Heboidophrenie nicht überzeugen können. Er fragt nach dem Verlauf, den die Fälle späterhin nach anfänglicher Besserung nehmen, insbesondere ob Vortragender im weiteren Verlaufe manische oder melancholische Zustände beobachtet habe. H. selbst sah einzelne Fälle, die zunächst das Bild der Heboidophrenie zu bieten schienen, sich später deutlich zirkulär entwickeln; andere Fälle, bei denen allerdings ein zirkulärer Verlauf nicht konstatierbar war, boten symptomatologisch enge Verwandtschaft mit den neuerdings mehr besprochenen Bildern der chronischen Manie.

Gaupp schließt sich den Anschauungen von *Heilbronner* in der Hauptsache an. G. hat nie einen eindeutigen Fall von Heboidophrenie gesehen; in den Fällen, in denen man an diese Erkrankung denken konnte, handelte es sich, wie bei genauerer Beobachtung klar wurde, entweder um manische Erregungen (bisweilen auf imbeziller Grundlage) oder um morales Irresein als angeborene Störung, deren Äußerungen mit dem Eintreten der Pubertät und dem stärkeren Erwachen des Trieblebens auffälliger wurden, oder endlich um leichte Hebephrenie.

Auch *Kreuser* schließt sich denen an, die an dem einheitlichen Krankheitsbild der Heboidophrenie zweifeln. Ein Teil der hierher gerechneten Kranken seien zweifellos Zirkularier, wie dies die Vortrager ausgeführt hätten. Andere gehörten der psychopathischen Degeneration, vorzugsweise auf hereditärer Basis, an; unter dem Einflusse der Pubertät verfallen sie durch Auto-intoxikation infolge der dieser Periode eigentümlichen Stoffwechselstörungen und durch äußere Einwirkungen, Alkohol- und andere Exzesse, in psychische Störungen unbestimmter Art. Diese Fälle seien es wohl vorzugsweise, die bei Aufhören der akzidentellen Schädlichkeiten die günstige Prognose geben, wie sie der Vortragende im Auge hatte. Eine dritte, sicherlich wesentlich kleinere Gruppe entwickle sich später im Sinne einer Paranoia; bei einem ihm bekannten Falle wenigstens, der in weiteren Kreisen Aufsehen erregt habe, sei die für Heboidophrenie angeblich charakteristische Entstehung deutlich nachzuweisen gewesen.

Im Schlußwort erwidert *Heß*, daß es nicht in seiner Absicht lag, heute eine ausführliche Symptomatologie der Heboidophrenie zu geben. *Kahlbaum* hatte seine psychiatrische Erkenntnis und seine neuen Psychosenformen, besonders die Katatonie und die Hebephrenie, aus seinen Beobachtungen in der Provinzialanstalt Allenberg gewonnen, erst viel später zwang

an das eigenartige Krankenmaterial, das in seinem Pädagogium zusammenloß, zur Aufstellung der Krankheitsform Heboidophrenie. Die Differentialdiagnose kann in der ersten Zeit sehr schwierig oder unmöglich sein, daher die hohe Prozentzahl der zweifelhaften Fälle. Von den mit Sicherheit zur Heboidophrenie gerechneten Fälle ist keiner periodisch (manisch-depressiv) geworden. Von den Hypomanischen unterscheiden sich die Heboidiker durch den Mangel an Ideenflucht und ihre kaltblütige Ruhe. Die sog. Degeneration kann den Boden für die Entstehung der Heboidophrenie wie vieler andern Psychosen abgeben, genügt aber nicht zur Kennzeichnung einer bestimmten Krankheitsart.

Die alkoholische Verkommenheit ist häufig nichts weiter als eine Folge der Heboidophrenie. Die Heboidophrenen, die nicht geheilt werden, geraten vielfach in die Verbrecherlaufbahn oder bringen sich in Stellungen durchs Leben, die ihren ursprünglichen sozialen Verhältnissen und ihrer Erziehung in keiner Weise entsprechen.

Hübner-Lichtenberg-Berlin: „Zur Frage der Lues nervosa.“

Unter „Lues nervosa“ verstehen einige Autoren besondere „Formen des Syphilisgiftes, welche mit ihrer Schädigung mit Vorliebe das Nervensystem heimsuchen“. Durch sie sollen die Tabes und Paralyse sowie die übrigen „syphilogenen“ Erkrankungen der nervösen Zentralorgane entstehen.

1. Vortragender tritt zunächst an der Hand zweier Obduktionsprotokolle der Frage näher, ob eine Notwendigkeit, solche besonderen Syphilisformen anzunehmen, besteht. Er kommt zu dem Ergebnis, daß sich die beiden Fälle leichter ohne die Annahme einer Lues nervosa erklären lassen.

2. Bei den Fällen infantiler und familiärer Tabes usw. müßte man in erster Linie die Frage aufwerfen, warum fast immer einige von der hypothetischen Lues nervosa Befallene von Tabes, Paralyse usw. frei bleiben.

3. Bei den konjugalen Fällen zeigt sich ganz deutlich, daß diejenigen Ehen, in denen nach vorausgegangener Infektion beide Ehegatten an Tabes usw. erkranken, die Minorität bilden. Vortragender fand 14 konjugale Fälle unter 450 tabischen bzw. paralytischen Ehefrauen.

Das Freibleiben so vieler Infizierter legt s. E. die Mitwirkung anderer Faktoren neben der Syphilis nahe.

4. Man darf nicht allein solche Gruppen von aus gleicher Quelle Infizierten suchen, in denen nur Tabes und Paralyse usw. vorkommt, sondern man muß auch auf Ehen oder Familien achten, in denen ein Mitglied eine Paralyse, ein oder mehrere andere Eingeweidelues oder Anklonen haben.

5. Die Frage, wieviel Syphilitische Tabes usw. bekommen, ist von Eich dahin beantwortet worden, daß Tabes allein bei 2–5% syphilitischer Erkrankungen des Nervensystems bei 10–15% aller Syphilitischen beobachtet wurden. Vortragender vergleicht mit diesen Zahlen, die von Kraus und ihm bei Prostituierten gefundenen Tabes: 14% Kraus, 9% Vortragender.

syphilogene Nervenkrankheiten 38,4% (Vortragender)] und führt aus, daß diese Zahlenverhältnisse der Annahme einer Lues nervosa nicht günstig sind.

Vortragender schließt aus seinen Beobachtungen, daß sich daraus die Notwendigkeit, eine besondere Form des Syphilisgiftes für die „syphilogenen“ Nervenkrankheiten verantwortlich zu machen, nicht herleiten läßt.

(Eigenbericht.)

Schröder-Breslau: „Beitrag zur Lehre von den Intoxikationspsychosen.“

Vortragender bespricht die Symptomatologie der akuten psychotischen Zustände bei Vergiftungen mit Blei, Jodoform und Salizylsäure und Kohlenoxyd. Er hebt hervor, daß die Intoxikation mit diesen chemisch ganz differenten Stoffen psychische Störungen hervorrufe, die symptomatisch einander recht nahe stehen, die zum mindesten eine große Reihe gemeinsamer, das Bild beherrschender Züge haben; obenan stehen Bewußtseinstörung, Neigung zu Krampfanfällen und zu deliranten Zuständen.

Gemeinsam ist ihnen ferner: die kurze Dauer, das rasche Abklingen, die Tendenz zur Restitution; was in schweren Fällen zurückbleibt, sind einfache psychische Schwächezustände ohne Progression.

Ihrer Erscheinungsform nach stehen diese Störungen denjenigen nahe, welche wir schon vielfach bei schweren organischen Schädigungen des Gehirns (Tumoren, Schädeltraumen, Meningitiden), ferner bei den akuterer interkurrenten Phasen im Verlauf der sogenannten hirnatrophiischen Prozesse (Senium, Arteriosklerose und namentlich Paralyse) sehen. Sie stehen den psychischen Störungen bei Gehirnkrankheiten näher als den sogenannten funktionellen Psychosen.

Vortragender bespricht weiter die Unterscheidungen zwischen akuter und chronischer Vergiftung, sowie zwischen direkter und indirekter Giftwirkung. Es gibt eine große Reihe von Stoffen, welche bei jedem Menschen nach einmaliger Dosis unmittelbar Zustände hervorrufen, welche als Schlaf, Benommenheit, Rausch, Erregung, usw. bezeichnet werden. Ob es aber überhaupt Stoffe gibt, welche nach einmaliger Verabreichung bei Gesunden als direkte Giftwirkung Psychosen machen, muß als sehr fraglich betrachtet werden; für die praktisch in erster Linie in Betracht kommenden Gifte kann das ausgeschlossen werden. Bei ihnen wissen wir, daß stets eine oft wiederholte Aufnahme nötig ist. Im Verlaufe solcher chronischer Intoxikationen sehen wir dann, daß psychische Störungen auftreten bei Giften, bei welchen wir als Folge einmaliger Aufnahme Einwirkungen auf das Gehirn nicht kennen (Blei, Ergotin); zweitens, daß bei Giften, welche nach einmaliger Aufnahme direkt die psychischen Funktionen beeinträchtigen (Narcotica, Excitantia), sich psychotische Störungen entwickeln, welche ganz anderer Art sind als die direkten Giftwirkungen; drittens, daß die Störungen bei den allerverschiedensten Giften einander in weitem Maße ähnlich sind.

Diese Tatsachen sind am leichtesten zu erklären durch die Annahme, daß es sich bei den geschilderten psychotischen Zuständen nicht nur um

rekte Giftwirkungen handelt, daß vielmehr durch die oft wiederholte Wirkung der Gifte körperliche Veränderungen gesetzt werden, und daß auf dem Boden dieser Veränderungen sich gegebenenfalls die akuten psychischen Störungen entwickeln. Zahlreiche Tatsachen sprechen dafür, daß für diese Vermittlerrolle in erster Linie das Gefäßsystem in Anspruch zu nehmen ist. Über diesem „Zwischenglied“ kommen im Einzelfall noch allerlei prädisponierende Momente oder auslösende Ursachen in Betracht.

Das zeigt, daß man es sicher bei diesen allgemein als Intoxikationspsychosen anerkannten Zuständen nicht mit einem einzigen, isolierten sächlichen Momente zu tun hat, daß es sich, streng genommen, sicher hier um eine *Denominatio a potiori* handelt.

Vortragender erörtert zum Schluß die Schwierigkeiten, welche entstehen, wenn man den Nachweis führen will, daß die vielfachen andersartigen Leistungsstörungen, welche als Folgezustände von Vergiftung mit den angeführten Stoffen beschrieben worden sind, als echte Intoxikationspsychosen aufgefaßt werden dürfen. (Eigenbericht.)

(Der Vortrag erscheint ausführlich in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie.)

O. Fischer-Prag: „Über die anatomischen Grundlagen des Zellbefundes der Cerebrospinalflüssigkeit bei progressiver Paralyse.“

F. verglich bei 20 Fällen von progressiver Paralyse den cytologischen Befund des kurz vor dem Tode entnommenen Liquor cerebrospinalis mit dem histologischen Befund der Meningen des Gehirns und Rückenmarks, immer bei ganz gleichen Untersuchungsbedingungen. In erster Linie weist er darauf hin, daß dort, wo es sich um das Studium der in der Cerebrospinalflüssigkeit vorkommenden Zellen handelt, dieselben durch sofortigen Formalzusatz vor der destruktiven Wirkung des Liquors geschützt werden müssen. In solchen Präparaten findet man gewöhnlich drei Zellarten:

Lymphocyten, dann größere plasmareiche Zellen und meist nur in verschwindenden Mengen polynukleäre Leukocyten. In allen seinen Fällen findet sich ein übereinstimmender Parallelismus zwischen dem Zellengehalt des Liquors und dem der Meningen des untersten Rückenmarksabschnittes, dagegen ein Parallelismus mit dem Infiltrationszustande der Meningen des Gehirns und der oberen Rückenmarksabschnitte nicht aufzufinden war. Dieser Parallelismus war nicht nur der Art, daß Fälle von stärkerer Zellenvermehrung in den Meningen auch eine stärkere Lymphocytose aufwiesen, sondern auch in dem Verhältnis der einzelnen Zellenarten:

Dort, wo die Lymphocyten im Liquor überwogen, fanden sich in den Meningen auch zumeist Lymphocyten und daneben nur spärliche Plasmazellen, dagegen wo die größeren plasmareichen Zellen relativ vermehrt waren, waren auch die Plasmazellen in den Meningen vermehrt.

Daraus schließt der Vortragende, daß die großen Zellen im Liquor & Plasmazellen der Meningen entsprechen, und daß wir in der Cytologie & Liquors nichts anderes als einen Indikator für den Infiltrationszustand & Meningen des untersten Rückenmarksabschnittes haben. (Eigenbericht.)

In der Diskussion äußert *Alzheimer* einige Bedenken, ob & Verhältnisse so einfach liegen, wie es nach den dankenswerten Untersuchungen des Vortragenden auf den ersten Blick scheinen möchte. Zunächst findet sich z. B. beim Gehirnabszeß nicht selten eine erhebliche Vermehrung der polynukleären Leukocyten der Cerebrospinalflüssigkeit, ohne daß eine entsprechende Vermehrung der gleichen Elemente in den Meningen & Rückenmarks nachweisbar wäre. Das gleiche hat er wiederholt bei tuberkulöser Meningitis der Fossa Sylvii und der Basis beobachtet. Weiter seien ihm Fälle bekannt, bei welchen im Leben eine Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit bestand, obwohl die Diagnose nicht auf Paralyse, sondern auf Arteriosklerose zu stellen war. Es handelte sich um alte Syphilitiker. Die anatomische Untersuchung ergab die Richtigkeit der Diagnose und den Mangel von Lymphocyten in den Meningen an vielen daraufhin untersuchten Schnitten aus verschiedenen Höhen des Rückenmarks. Diese Beobachtungen scheinen ihm dafür zu sprechen, daß die Zellen der Cerebrospinalflüssigkeit nicht immer aus den benachbarten Meningen stammten.

Hartmann kann aus eigenen Erfahrungen bestätigen, daß die Leukocytenzahlen in der Cerebrospinalflüssigkeit bei paralytischen Anfällen häufig keine wesentliche Vermehrung zeigen. Hingegen teilt *H.* mit, daß *Habermans* schon mehrfach leukocytaire Infiltration des Acusticus bei Tabes fand.

Andererseits kann *H.* berichten, daß vor, während und nach paralytischen Anfällen ohne interne Komplikationen im Blutbefunde eine echte Leukocytose auftritt mit Zahlen von über 20000 und daß auch in den anfallfreien Zeiten oft erhöhte Zahlen gefunden werden.

Plaut-München: „Psychologische Untersuchungen an Unfallskranken.“

Vortragender schildert kurz die von *Kraepelin* und seinen Schülern ausgebildete Methode des fortlaufenden Addierens einstelliger Zahlen zur Erforschung der Art des Ablaufs geistiger Tätigkeit und erläutert die allgemeinen Gesichtspunkte über die Zusammensetzung der geistigen Arbeitskurven.

Die Eigenschaft der Methode, daß sie eine objektive Messung der Ermüdbarkeit gestattet, führte zu ihrer Anwendung bei Unfallskranken, da gerade Unfallskranke so überaus häufig über gesteigerte Ermüdbarkeit klagen. Es wurden derartige Untersuchungen von *Gross*, *Röder* und neuerdings von *Specht* vorgenommen. Diese Forscher kamen zu dem Ergebnis, daß bei Unfallskranken in der Mehrzahl der Fälle tatsächlich gesteigerte Ermüdbarkeit vorliege, und besonders *Specht* vindizierte der Methode weiterhin die praktisch wertvolle Eigenschaft, daß sie in jedem Falle zur Aufdeckung von Simulationsversuchen führe.

Da die genannten Autoren nur kleine Gruppen von Unfallskranken untersucht hatten, erschien es mit Rücksicht auf die großen individuellen Schwankungen, die man schon bei Gesunden findet, geboten, diese Untersuchungen an einem größeren Materiale durchzuführen. Vortragender hat darum 22 Unfallsranke in der Münchener Psychiatrischen Klinik untersucht.

Um ein geeignetes Vergleichsmaterial zu gewinnen, stellte er die gleichen Untersuchungen an 18 dazu besonders ausgewählten Wärtern an. Da sowohl die Gesunden wie die Kranken fast ausnahmslos der Landbevölkerung entstammten und ihre Bildung auf Dorfschulen erhalten hatten, konnte man bei beiden Gruppen annähernd die gleiche Vorbildung für das Addieren voraussetzen.

Das Krankenmaterial war insofern einheitlich, als es sich nur aus Handwerkern und Tagelöhnern zusammensetzte. Sehr verschieden waren die traumatischen Schädigungen. Es fanden sich schwere Schädelfrakturen, schwere und leichte Kontusionen und Quetschungen des Rumpfes und der Gliedmaßen, Verbrennungen, infizierte Wunden und auch mechanische unbedeutende Einwirkungen. Die klinischen Bilder zeigten nahezu alle Variationen, die man bei Unfallskranken findet. Ausgesprochen hysterische Fälle mit reichlichen somatischen Zeichen, schwere neurasthenische und hypochondrische Formen, einfache schlaffe willenlose Leute und reizbare, querulatorische Rentenkämpfer. Wichtig ist, daß fast alle Kranken über gesteigerte Ermüdbarkeit klagten.

Die Arbeitswerte der Gesunden schwankten zwischen 263 und 130 Additionen in 5 Minuten. Von den Unfallskranken ragten nur 3 in die Gesundheitsbreite hinein und eine Anzahl zeigte auffallend niedrige Werte, die einer völligen Arbeitsunfähigkeit nahe kamen (14—18 Additionen in 5 Minuten). Demonstration von Diagrammen und Kurven. Es ist zu entscheiden, ob durch eine Herabsetzung der arbeitsfördernden oder durch eine Steigerung der arbeitshindernden Einflüsse, insbesondere der Übungsfähigkeit beziehungsweise der Ermüdbarkeit, die geringe Arbeitsfähigkeit der Unfallskranken verursacht wird.

Die Gesunden erwiesen sich als in verschiedenem Grade übungsfähig; die Leistungen standen in keinem direkten Verhältnis zur Übungsfähigkeit. Die Übungsfähigkeit der Unfallskranken war beträchtlich herabgesetzt; bei einem Drittel derselben nahmen die Leistungen sogar von Tag zu Tag ab. Das letztere erscheint wichtig gegenüber den Ergebnissen der Untersuchungen Spechts. Specht gelangte zu der Auffassung, daß ein Übungsfortschritt sich regelmäßig ergeben müsse, und sieht in dem Fehlen von Übungswirkungen ein wichtiges Erkennungsmittel der Simulation. Demgegenüber kann Vortragender nach dem ganzen klinischen Verhalten der betreffenden Kranken mit Bestimmtheit behaupten, daß Simulation in diesen Fällen nicht vorlag.

Die Untersuchungen der Ermüdbarkeit ergaben ausgedehnte Schwankungsbreiten sowohl bei den Gesunden als bei den Kranken. Das vergleichende Betrachten der beiden Gruppen ließ erkennen, daß von einer Ermüdbarkeit

der Unfallskranken keine Rede ist. Eine Anzahl von Unfallskranken erwies sich als weniger ermüdbar als die Gesunden, die übrigen wiesen Werte an die sämtlich in die Gesundheitsbreite hineinfielen, und nur eine Versuchsperson überstieg die bei Gesunden gefundenen Werte. Die letztgenannte leistete jedoch so wenig, daß bei ihr eine eigentliche Arbeitsermüdung ausgeschlossen erscheint.

Aus dem Verlaufe der Kurven kann man gewisse Anhaltspunkte für das Eingreifen des Willens in den Gang der Arbeit gewinnen; es sind das die sogenannten Antriebswirkungen, die sich vorwiegend zu Beginn oder gegen Ende der Arbeit geltend machen. Es hat sich herausgestellt, daß derartige Willensspannungen bei den Unfallskranken in der Mehrzahl der Fälle sehr gering sind oder ganz fehlen.

Wenn man sich diese Ergebnisse vergegenwärtigt: die geringe Leistungsfähigkeit, die geringe Übungsfähigkeit, die geringe Ermüdbarkeit und das Fehlen ausgeprägter Willenswirkungen, so gewinnt man den Eindruck, daß es sich hier um Störungen von einer besonderen Eigenart handeln muß. Wir finden eine mehr oder weniger bedeutende Insuffizienz, und zwar eine Insuffizienz, für die eine im engeren Sinne physiologische Begründung fehlt. Wir haben es jedenfalls hier mit seelisch bedingten Störungen zu tun und gehen wohl kaum fehl, wenn wir annehmen, daß es sich im wesentlichen um Willensstörungen, die bis zu einem nahezu völligen Versagen des Willens führen können, handelt. Die Kranken strengen sich nicht an oder können sich nicht anstrengen, darum ermüden sie nicht, und weil sie nichts leisten, machen sie keine Fortschritte. Die Ursache für das Versagen des Willens läßt sich aus den Kurven nicht ohne weiteres ableiten. Es kann sich da um Hindernisse handeln, die in Affekten liegen und die Kranken abhalten, ihre Aufmerksamkeit auf die Arbeit zu konzentrieren; oder es kann sich darum handeln, daß die Kranken von vornherein nicht imstande sind, sich anzuspornen. In solchen Fällen — und dies scheint für die große Mehrzahl zuzutreffen — gestattet die Methode nicht, eine Abgrenzung von der Simulation vorzunehmen; denn hier wie dort handelt es sich ja um Vorstellungen, die die Arbeit beeinflussen, und wir vermögen nicht zu unterscheiden, ob krankhaftes oder willkürliches Nichtwollen vorliegt. Es ist nicht zu bestreiten, daß Simulationsversuche, zumal solche, die auf Vortäuschung einer gesteigerten Ermüdbarkeit abzielen, bei höheren Leistungen regelmäßig entdeckt werden können; sobald aber die Arbeitswerte so gering sind, wie in der Mehrzahl der vorliegenden Fälle, kann man sich vor Täuschungen nicht schützen.

Wir stehen hier an der Grenze dessen, was die Methode vorläufig zu leisten vermag; es ist jedoch zu hoffen, daß die Ausdehnung gleichartiger Versuche auf alle den Unfallserkrankungen klinisch verwandten Störungen, wie wir sie in der Hysterie, der Neurasthenie, der Nervosität usw. finden, uns wertvolle Beziehungen aufzudecken und uns auf dem beschrittenen Wege noch ein Stück vorwärts zu führen vermag. Weiterhin ist die ausgiebige

Larlegung des psychomotorischen Verhaltens und der Auffassung und Merkhigkeit der Traumatiker die nächste Aufgabe der experimentellen Psychologie auf diesem Gebiete. Vielleicht gelingt es dann auch, die klinischen Bestrebungen, die sich auf eine exaktere Umgrenzung der Unfallserkrankungen richten, durch das psychologische Experiment wirksam zu unterstützen.

(Eigenbericht.)

Um 4 Uhr schließt der Vorsitzende *Moeli* die Versammlung, dankt den Teilnehmern sowie allen denen, die an dem Gelingen des Kongresses mitgearbeitet.

Am Sonntag, 22. April, fand die Besichtigung der neuen Münchener Heil- und Pflegeanstalt Eglfing statt unter Führung des Herrn *Vocke* und einer Ärzte.

Nitsche.

Probst.

11. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 6. Mai 1906 in Hannover.

Anwesend waren: *Alber-Woltorf, Alt-Uchtspringe, Bartels-Hamel, Benno-Goslar, Brandes-Hannover, Bruns-Hannover, Bunnemann-Ballenstedt, Cramer-Göttingen, Cohen - Königslutter, Delbrück - Bremen, Engelken - Rockwinkel, Facklam-Suderode, Farwick-Münster, Fontheim-Liebenburg, Fontheim-Göttingen, Gellhorn-Goslar, Gerlach-Göttingen, Gerstenberg-Hildesheim, Gerstenberg-Lüneburg, Grahl-Hedemünden, Griese-Hildesheim, Grimme-Göttingen, Hampe-Braunschweig, Heine-Hannover, Hermkes-Warstein, Hesse-Ilten, Hoppe-Uchtspringe, Jack-Uchtspringe, Klaus-Schierke, Kleffner-Eickelborn, Koch-Rinteln, Lütgerath-Ilten, Matthes-Blankenburg, Mönckemöller - Osnabrück, Peltzer - Bremen, Rakff-Hildesheim, Reckmann-Oeynhausen, Reinhold-Hannover, Rizor-Langenhagen, Schröder-Lüneburg, Schütte-Osnabrück, Schweabe-Hannover, Stolzenburg-Lüneburg, Stahr-Königslutter, Stüber-Hildesheim, Tantzen-Langenhagen, Többen-Münster, Völker - Langenhagen, Wagenknecht - Hannover, Weber - Göttingen, Wegener-Niedermarsberg, Westphal-Hannover.*

Zum Vorsitzenden wird gewählt: *Gerstenberg-Hildesheim*, zum Schriftführer *Fontheim-Göttingen*.

Vor Eintritt in die Tagesordnung gedenkt Vorsitzender des verstorbenen Vereinsmitgliedes Sanitätsrat Dr. *Wagemann-Lemgo*. Die Versammlung ehrt das Andenken des Verbliebenen durch Erheben von den Sitzen.

Auf Antrag *Cramer-Göttingen* wird § 6 der Statuten durch einstimmigen Beschluß dahin abgeändert, daß die Sitzungen statt um 3 Uhr um 2 Uhr beginnen und vor 6 Uhr schließen sollen. Die Vortragsdauer wird jedesmal vor Beginn der Sitzung bestimmt, indem die Zahl der Vorträge in die von 2—6 Uhr zur Verfügung stehende Minutenzahl dividiert wird. Die Versammlung tritt dann in die Tagesordnung ein. Zunächst erhält das Wort:

Bruns-Hannover: „Neuropathologische Demonstrationen.“

Vortragender stellt zuerst einen Patienten vor, bei dem er die Diagnose Cysticercus im vierten Ventrikel stellen möchte. Vortragender hat den jetzt 51jährigen Mann im Jahre 1901 mehrere Wochen behandelt und damals folgendes notiert: März 1901. Hat zweimal bei plötzlichen heftigen Drehungen des Kopfes Anfälle von plötzlichem Hinstürzen mit ganz kurzer Bewußtlosigkeit gehabt; einmal ist dabei nachträglich auch Erbrechen eingetreten. Ohrenerscheinungen bestehen weder während der Anfälle noch zwischendurch: die Hörschärfe ist jedenfalls eine ziemlich gute, dagegen bestehen sehr viel Kopfschmerzen sowohl im Vorderkopfe wie im Hinterkopfe. Psychisch ganz frei, ophthalmoskopisch nichts; an den Hirnnerven und den Extremitäten nichts. Gang sicher und gut. Herz etwas beschleunigt, aber sonst nichts daran zu finden; Augen stehen etwas vor, es besteht aber starke Kurzsichtigkeit besonders links. An den Ohren nichts.

Bekommt auch bei mir im Sprechzimmer solche Anfälle nach starken Drehungen des Kopfes, doch hatte ich dabei nicht den Eindruck, daß er ganz bewußtlos war.

Im Urin 1,27% Zucker.

Als Diagnose habe ich notiert: *Menièresche* (?) Anfälle bei Diabetes Ventriculus IV. Hat nie Bandwurm gehabt.

Ich habe also damals jedenfalls schon an einen Cysticercus im vierten Ventrikel gedacht; die Diagnose *Menière* war ja wegen des Fehlens jeder Hörstörung sehr zweifelhaft.

Im April 1901 habe ich einmal keinen Zucker, im Mai etwas Zucker gefunden.

Am 2. Juni habe ich notiert: Keine eigentlichen Schwindelanfälle, aber ein sehr tappender Gang; etwas mehr Kopfschmerzen. Ophthalmoskopisch nichts. Die Augen sehr groß — Myopie —, aber keine Bewegungsbeschränkung. Dann verlor ich Patient aus den Augen.

Am 4. Mai 1906 ließ mir Herr Prof. *Reinhold*, Direktor des hiesigen Städtischen Krankenhauses I, mitteilen, der Patient befände sich jetzt zur Begutachtung auf Invalidität im Krankenhaus; er habe sich auf mich berufen und ich möchte ihm doch meine Notizen über meine Beobachtung mitteilen. Ich tat dies und bat zugleich darum, den Kranken, wenn möglich, hier vorstellen zu dürfen, wozu Herr Kollege *Reinhold* freundlichst seine Zustimmung gab. Vorher will ich mitteilen, daß der Zustand jetzt noch ungefähr derselbe ist, wie im Juni 1901. Es findet sich andauernd Zucker in wechselnder Menge; das ophthalmoskopische Bild ist normal. Nystagmus besteht nicht. Kopfschmerzanfälle ab und an; im ganzen nicht sehr stark.¹⁾ Schwindelanfälle

¹⁾ Nachträglich erfuhr ich von der Frau des Patienten, daß doch die ganzen letzten Jahre hindurch Perioden von relativem Wohlbefinden mit solchen von schwersten Kopfschmerzen und Erbrechen abgewechselt hatten. In den schweren Perioden auch manchmal Verwirrtheit. Die letzte schlechte

ahren nicht, da Patient jede Drehbewegung des Kopfes ängstlich meidet. ehnen, daß er seinen Kopf ängstlich steif hält; der Gang ist tappend, kurzen Schritten, ohne eigentlich cerebellaren Typus. Aufgefordert den zu drehen, tut er das nur langsam im geringen Maße; bei einer raschen Drehbewegung sinkt Patient unter den Zeichen großer Angst in sich men und würde, wenn nicht gehalten, nach vorn zu Boden gestürzt. Dieser Zustand, in dem Patient wohl auch leicht benommen ist, dauert 15 Sekunden, dann richtet er sich wieder auf, geht aber noch etwas leiser wie früher.

Es besteht hier also das von mir beschriebene Symptom heftiger Schwindelanfälle bei brusken aktiven oder passiven Kopfbewegungen, neben teilweise auftretenden Kopfschmerzen — hier nicht sehr hochgradig —, unsicherem Gang und Zuckerharnruhr. Ich habe in dieser Versammlung Jahre 1902 bei Demonstration eines Präparates von freiem Cysticercus im vierten Ventrikel, wo ich die Diagnose vor der Autopsie gestellt hatte, gemeint, dieses Symptom wohl besonders bei freiem Cysticercus im vierten Ventrikel vorhanden sein dürfte. *Oppenheim* hatte dem auch zuerst zugestimmt für das Symptom den Namen *Brunssches* Symptom vorgeschlagen; er hat aber später selber auch bei flottierenden (an Ependymfäden befestigten) Cysticercen gefunden und bestreitet also den pathognomonischen Wert für die Diagnose des freischwimmenden Cysticercus. *Henneberg* hat bei einem freien Cysticercus im vierten Ventrikel das Symptom vermißt: *Osterwald* (ol. Centralblatt 1906, Nr. 6) hat es dagegen bei freiem Cysticercus gesehen; *Oppenheim* nicht. Ich selber zweifle nicht daran, daß das Symptom, wie ja *Meinert*s Fall lehrt, auch bei flottierendem Cysticercus vorkommt; ja gewiß wohl mal bei fixiertem und bei anderen Tumoren in der Gegend des vierten Ventrikels; aber ich glaube, und dem stimmt auch *Oppenheim* zu, daß die Stärke und Deutlichkeit wie bei freiem Cysticercus bei anderen Erkrankungen nicht auftritt. Auch der plötzliche Tod ist übrigens kein pathognomonisches Zeichen für den Cysticercus ventriculi IV, sondern kommt z. B. bei Kleinhirntumoren vor. Interessant ist in diesem Falle der Diabetes, nicht gerade oft bei Ventrikelcysticercen nachgewiesen ist.

Was eine etwaige Operation anbetrifft, so habe ich dieselbe nur mit Reserve, bei der großen Gefahr, die sie bietet, in Erwägung gezogen: möchte auch im vorliegenden Falle die Verantwortung dafür nicht übernehmen. Ich glaube allerdings, daß bei einer Eröffnung des vierten Ventrikels ein an Ependymfäden leicht befestigter Cysticercus sich losreißen würde so herausbefördert werden würde.

In zweiter Linie stellt Vortragender einen Fall von metastatischem Karzinom an der Basis der linken hinteren Schädelgrube vor. Bei der 36 Jahre alten Patientin finden sich jetzt: links Abduzenslähmung mit entsprechenden

oder allerdings im Oktober 1905. Manchmal auf der Straße plötzliches Stürzen und Erbrechen.

Doppelbildern; links Acusticuslähmung mit Schwerhörigkeit ohne Ohrensausen wenig Schwindel; links totale Facialislähmung mit kompletter Entarreaktion, links Gaumensegel- und Pharynxlähmung mit sehr deutlichem lissenartigem Verschieben des Pharynx nach rechts bei Phonation. Rechts Stimmbandlähmung und heisere Sprache, links totale Atrophie des Sternocleidomastoideus und sehr starke des oberen Teiles des Trapeziums: keine faradische Reaktion noch vorhanden, aber herabgesetzt gegen rechts. Keine tonische. Vanische träge. Links Schmerzen und in den letzten Tagen Parästhesien und Hypalgesie im ganzen Trigeminalggebiete; Geschmack fehlt in der vorderen Zungenpartie. Schmerzen stark auch im Knochen hinter dem linken Warzenfortsatze und leichte Nackenstarre. An den Extremitäten keine. Keine allgemeinen Kopfschmerzen, kein Erbrechen, keine Stauungspapillen. In der rechten Brust ein inoperables Karzinom mit vielfachen regionären Metastasen in der Haut der Brust.

Patientin fühlte sich im Oktober 1905 sehr schwach, litt an sehr häufigen und heftigen Schwindelanfällen, besonders beim Aufstehen und Niesen. Dann Schmerzen hinter dem linken Ohre. Im Dezember 1905 unter heftigen Schmerzen die totale linksseitige Facialislähmung ein; kurz Zeit darauf die linksseitige Lähmung des Gaumensegels, Pharynx, der Schilddrüsenbänder und wohl auch des Sternocleidomastoideus und Cucullaris; im April 1906 die linksseitige Abduzenslähmung und linksseitige Trigeminusneuralgien, jetzt auch Parästhesien und Gefühlsstörungen im Trigeminalggebiete links. Es besteht jetzt also eine Affektion des 5.—11. Hirnnerven links ohne Beteiligung des Gehirns selber. Bei dem Mammakarzinom kann man wohl an Karzinommetastasen denken, die wohl im Schädelknochen sitzen, da auch Knochenschmerzen bestehen. Karzinommetastasen in den Schädelknochen sind viel seltener als solche in der Wirbelsäule.

Im Jahre 1901 sah Vortragender einen Fall mit ganz denselben, allmählich entwickelnden Symptomen von seiten der linken Hirnnerven, war auch der Hypoglossus im geringen Maße beteiligt. Bei der Sektion fand sich ein vom Mittelohr ausgegangenes Plattenepithelkarzinom (Dr. Strömberg), das den Nerv bei seinem Durchtritt durch den Knochen zerstört hatte. In sonstiges Karzinom fand sich hier nicht. Hier war die Geschwulst schließlich noch in den Pharynx hinter dem Oberkieferaste durchgebrochen und es trat sich Ödem der linken Gesichtshälfte ein. Charakteristisch für diese Fälle ist das vollständige Intaktbleiben des Hirnstammes und das Fehlen allgemeiner Hirndrucksymptome, da die Hirnnerven erst beim Durchtritte durch den Knochen affiziert werden.

An dritter Stelle demonstriert Vortragender einen Fall von progressiver neuraler Muskelatrophie bei einem Knaben. Der Patient ist schon in dieser Ztschr. Bd. 60, S. 747 der Versammlung gezeigt, und Vortragender hat ihn nur wieder vor, um darauf hinzuweisen, wie außerordentlich langsam diese Fälle verlaufen. Es besteht immer noch Parese der Dorsalflexoren der Füße, der Interossei und Peronei mit Pessequinovarusstellung und Krallenstellung.

hen ohne eigentliche Lähmung, aber mit schweren elektrischen Störungen: n der Reaktion in den Dorsalflexoren der Füße, galvanische und faradische Zuckungsträgheit in der Wadenmuskulatur. Patellar- und Achillesreflexe fehlen; nur die Atrophie der linken Interossei der Hände scheint etwas vorgeschritten.

Viertens zeigt Vortragender die Präparate eines ebenfalls 1903 in vivo diagnostizierten Falles (a. a. O. S. 746). Wegen des genaueren klinischen Befundes auf den damaligen Bericht verwiesen werden; erwähnt sei nur, daß Vortragender den Fall klinisch als *Epilepsia continua* bezeichnet hat, an welcher er einen sehr diffusen Prozeß der Rinde, eine diffuse, vielleicht tubuläre Sklerose an. Der Knabe starb 1904 und das Gehirn wurde am physiologischen neurobiologischen Institute von Dr. *Bielschowsky* untersucht; Herr Dr. Bielschowsky sage ich für ihre Mühe auch hier meinen besten Dank. Dr. Bielschowskys Bericht ist folgender:

Untersucht wurden Gyr. *centralis ant.*, Gyr. *post. centr.* und die hintere Fläche des Gyr. *front. sup.* der linken Hemisphäre.

An den Gefäßen findet sich übereinstimmend eine Proliferation der Endothelien in der Adventitia. Dasselbst vereinzelte Lymphocyten und Fettzellen.

In den nach *Bielschowsky* gefärbten Präparaten aus dem Gyr. *cent. ant.* sieht man zahlreiche kleine perivaskuläre Herde, welche sich scharf von der Umgebung abheben. In diesen Herden finden sich vereinzelte erhaltene Endothelien und eine Anhäufung dunklen staubförmigen Pigmentes (Hämosiderin), welches offenbar aus dem Zerfall roter Blutkörper hervorgeht.

Die Parenchymbestandteile (Zellen, Zellfortsätze und Achsenzylinder) liegen in ihnen meist dicht aufeinander gerückt und sind stellenweise zerstört. Am auffallendsten ist eine Art körnigen Zerfalls in den endständigen Zellen und ihren Dendriten.

Das Verhalten des Parenchyms in den Herden und ihre eigentümliche Anordnung sprechen dafür, daß in der Umgebung der Gefäße im Gefolge von Hämorrhagien eine Verdichtung des Stützsubstanzen (Neuroglia) stattgefunden hat, welche Zellen und ihre Fortsätze einander genähert hat.

Für die Feststellung besonderer Struktureigentümlichkeiten an den Ganglienzellen ist das Material deshalb nicht geeignet, weil es in ungenügender Menge fixiert ist. An der äußeren Form der Ganglienzellen sind im Fibrillennetz

(*Bielschowsky*) keine wesentlichen Abweichungen von der Norm zu bemerken. Im *Nissl*-Präparate fällt eine diffuse Blaufärbung des Zellkörpers besonders an den kleinen Zelltypen allenthalben auf. Die chromophile Substanz ist in den Pyramiden und Riesenpyramiden der vorderen Zentralwindung teilweise aufgestäubt und von der diffus gefärbten plasmatischen Grundsubstanz schwer zu sondern. Diese Veränderungen des *Nissl*-schen Äquivalentes sind kadaveröser Natur. Als pathologisch sind dagegen starke Quellungseingrenzungen am Kern (bei dieser Färbung) zu betrachten, welche gleichfalls

besonders an den kleinen Formen der Zellen hervortreten. Dasselbe gilt auch von einer Anzahl von Zell Exemplaren, welche in ihrem Aussehen ganz der sogenannten akuten Zellveränderung *Nissls* entsprechen.

Die pathologisch-anatomische Diagnose kann sich im wesentlichen nur auf die Veränderungen an den Gefäßen stützen. Die Herdbildungen rechtfertigen die Bezeichnung einer interstitiellen Encephalitis, welche zur Bildung perivaskulärer Sklerosen geführt hat.

Die anatomische Untersuchung hat also bestätigt, daß es sich um einen diffusen Prozeß der Rinde handelte; nur war es nicht eine abgelaufene, sondern eine noch fortschreitende Encephalitis. Damit steht auch das Krankheitsbild der andauernden Reizerscheinungen in der gesamten Körpermuskulatur besser im Einklange.

Fünftens zeigt Vortragender noch die anatomischen Präparate eines ebenfalls 1903 demonstrierten Falles von spinaler infantiler Muskelatrophie. Dieser Fall ist 1901 im Anfangsstadium in der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde publiziert; 1903 stellte wie gesagt Vortragender ihn in sehr viel vorgerückterem Stadium dieser Gesellschaft vor. Anfang 1905 ist der Patient im 10. Lebensjahre gestorben. Herr Prosektor Dr. Ströbe hat die Medulla spinalis untersucht und mir folgenden Bericht gesandt; für beides danke ich ihm freundlichst:

Das Mark hat in den aus Hals-, Brust- und Lendenmark untersuchten Stichproben jeweils nur noch ganz vereinzelte, gut erhaltene multipolare Ganglienzellen im Vorder- bzw. auch Seitenhorn. Möglich, ja nicht unwahrscheinlich ist, daß auch diese der groben Form nach erhaltenen Zellen bei *Nissl*-Färbung (nach *Müller*-Härtung nicht zu machen) Veränderungen der Granulastruktur zeigen würden. Im übrigen sind die Ganglienzellen geschrumpft, der Kern zackig oder fehlt, das Protoplasma ist verdichtet, die Ausläufer fehlen ganz oder sind als kurze dicke Stämme noch zu sehen; manchmal ist auch noch ein Ausläufer gut erhalten, die anderen geschrumpft. Häufig liegen die geschrumpften Zellen in weiten leeren Pericellulärräumen. An Stelle sehr vieler Ganglienzellen liegt ein formloses Häufchen körniger Substanz, ohne Kerne, ohne Ausläufer. Am besten sind diese Dinge im *Weigert*-Präparat zu sehen, weil dort das schwarze Fasernetz die Stellen der früheren Ganglienzellen (bzw. der übrig gebliebenen Reste) umspinnt und diese Stellen als gelbe Räume im Fasernetz erscheinen; an *Gieson*-Präparaten ist überhaupt nur noch sehr wenig von Ganglienzellen zu sehen. Das Netz der markhaltigen Fasern in den Vorderhörnern erscheint stellenweise gelichtet; entzündliche Prozesse oder beträchtliche Vermehrung der Glia sind mit den angewandten Methoden nicht zu konstatieren; an einzelnen Stellen, mitten im Vorderhorn, auch am Rande, wo die Ganglienzellengruppen lagen, erscheint die Glia mäßig vermehrt. Die weiße Substanz zeigt keine gröberen Veränderungen; in manchen Schnitten erscheinen in der Gegend des Austrittes der vorderen Wurzeln die Nervenfasern gelichtet. Wurzeln sind vorzugsweise an den Lendenmarkschnitten im Präparat; während die hinteren zwar etwas

laß gefärbt, aber im wesentlichen normal sind, enthalten die vorderen nur ganz spärlich erhaltene Markfasern; die übrigen sind atrophisch bzw. degeneriert, ohne Markscheide. Die *Clarkeschen* Säulen (im Brustmark) zeigen ebenfalls Atrophie eines Teiles ihrer Ganglienzellen zu haben.

Die anatomische Untersuchung hat also die in vivo gestellte Diagnose spinale Muskelatrophie bestätigt. Bisher ist das überhaupt sehr seltene Krankheitsbild der infantilen spinalen progressiven Muskelatrophie nur vereinzelt anatomisch bestätigt worden.

Sodann spricht *Cramer-Göttingen* über Aphasie. Er geht davon aus, daß kein Gebiet der Hirnpathologie eine so ausgedehnte Bearbeitung gefunden und so mannigfache Wandlungen durchgemacht habe. Von den neueren Untersuchungen sind die *Lichtheims*, vor allem aber die *Wernickes* und seiner Schüler die wichtigsten. Doch sei das Bestreben nach Lokalisation und das Suchen nach Herderscheinungen zuviel hervorgetreten, wenig beachtet aber zwei Publikationen von *Goldscheider* und *Möli*, die die Lokalisation außer acht lassen und mehr dies Gebiet vom psychologischen und psychophysischen Standpunkte betrachten. Wenn auch einfacher Besitzstand von Lokalisationsstellen, bei deren Verletzung bestimmte Ausfallserscheinungen auftreten, vorhanden ist, so findet man trotzdem z. B. bei Fällen von Hirnabszessen und Tumoren, wo die Lokaldiagnose absolut sicher für motorische oder sensorische Aphasie spricht, daß die Erkrankung nicht dort ihren Sitz hat, wo der Ausfall sie hindagnostiziert. Es handelt sich dort oft um Fernwirkungen durch Hyperämie oder Anämie, ferner um toxische Prozesse, es finden sich auch bei Anämien zeitweilig aphasische Symptome. Ferner ist dabei die individuelle Veranlagung und der Umstand, daß der eine mehr mit akustischen, der andere mit optischen Erinnerungsbildern oder mit Sprachbewegungs-Erinnerungsbildern arbeitet, von Wichtigkeit. *Cramer* weist dann ferner darauf hin, daß die Agraphie bei den motorisch aphasischen Personen, die mit der Wortbewegungs-Bilderbildungsstätte zu arbeiten gewohnt sind, leichter auftritt, als bei denen, die mehr akustisch veranlagt sind. Ist es schon schwer, selbst geringere aphasische Zustände ohne weiteres als organische Herderkrankungen zu lokalisieren, so ist es bei komplizierteren Formen, wo die Wege zu den Begriffszentren, d. h. dem allgemeinen großen Assoziationsbogen verlegt sind, z. B. der transkortikalen Aphasie, überhaupt kaum möglich, es sind dies meist Fälle, die auf der Grenze zu den Geisteskrankheiten stehen.

Cramer berichtet sodann über folgenden Fall: Witwe, 63 Jahre alt, am 28. Dezember 1905 in die Irrenanstalt aufgenommen. Patientin ist viel in der Welt herumgekommen, spricht französisch und englisch, der Mann hat Lues gehabt, sie selbst zweimal einen Schlaganfall. Rechtsseitige Paresen der Gesichts- und Extremitätenmuskulatur, sowie gesteigerte Reflexe der rechten Extremitäten sprechen deutlich für einen linksseitigen Herd. Die Pupillen sind eng und starr, der Urin ohne Eiweiß und Zucker. Neben

diesen körperlichen Symptomen fand sich bei der Aufnahme eine Störung auf sprachlichem Gebiete. Das Sprachverständnis ist erhalten, Nachsprechen ist möglich, Spontanschreiben, Abschreiben erhalten, das spontane Sprechen ist zeitweise erschwert, es fehlen ihr häufig die Worte für abstrakte und konkrete Begriffe. Bei optischen Eindrücken tritt die erschwerte Wortfindung deutlich hervor, obwohl alle optischen Eindrücke richtig verstanden werden. Es besteht daneben Paraphasie und Perseveration.

Seit dem 9. Februar 1906 tritt völliger Rückgang der aphasischen Symptome ein, während die körperlichen Erscheinungen weiter bestehen bleiben. Redner faßte den Fall als transkortikale, motorische Aphasie optischen Charakters auf, als Zeichen einer alten Hirnlues, die mit Schwankungen verläuft. Einen gleichen Rückgang der Symptome kann man auch bei Thromben, die sich mit der Zeit kanalisieren, beobachten.

In der Diskussion weist *Bruns* auf die scharfe Auffassung von *Valit* hin.

Alt-Uchtsprunge: „Zehn Jahre Familienpflege in der Provinz Sachsen.“

Vor nunmehr zehn Jahren habe ich hier im Verein berichtet¹⁾ über die Uchtspringer Bestrebungen zur Erlangung eines seßhaften Pflegerstandes unter Berücksichtigung der familiären Irrenpflege.

Die sämtlichen zu dem Zwecke von uns getroffenen und damals als wirksam angesprochenen Einrichtungen, von denen ich außer einer angemessenen Lohnerhöhung nur erwähne: Einführung der Dauernachtwachen, gesonderte Beköstigung des Pflegepersonals, Auszahlung der Kostenschädigung an die verheirateten Pfleger und namentlich die Schaffung besonderer Pflegerwohnungen mit der Möglichkeit, einige Kranke in die Familie aufzunehmen, haben sich im Laufe dieser zehn Jahre nicht nur bei uns vortrefflich bewährt, sondern auch vielfach anderwärts derart Nachahmung und Anklang gefunden, daß sogar Prioritätsfragen aufgeworfen worden sind. Alles, was damals von unseren Einrichtungen erhofft und vorhergesagt wurde, ist eingetroffen.

Nur in einem Punkte habe ich mich geirrt, nämlich in der Annahme, daß die Mehrheit auch der zu diesem Berufe besonders geeigneten und gewillten Persönlichkeiten kaum länger als fünf bis sechs Jahre dienstfähig sein werde. Die Erfahrung hat gelehrt, daß infolge der wesentlichen Dienstvereinfachung, der besseren Besoldung, namentlich aber infolge der Möglichkeit, ein richtiges Heim zu gründen und geregelten Hausstand zu führen, der Pflegerberuf bei weitem nicht so rasch verbraucht, wie ich das früher angenommen habe. Von den damals im Dienst befindlichen Pflegern sind auch heute noch eine ganze Anzahl bei uns angestellt, ohne daß sie eine merkliche Einbuße ihrer Dienstfähigkeit erlitten hätten. In allen übrigen

¹⁾ *Alt*, Beitrag zur Wärterfrage mit Berücksichtigung der familiären Irrenpflege. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Band I.

Punkten habe ich meine damaligen, Ihnen hier vorgetragenen Anschauungen und Ansichten nicht zu ändern. Das gilt namentlich in bezug auf die Einführung und raschere Verbreitung der Familienpflege mit Zuhilfenahme des Pflegepersonals. Wie Sie sich noch erinnern werden, habe ich damals die Meinung geäußert, daß in jeder Provinz viele Hunderte von Kranken seien, welche in einer geeigneten Familie weit zweckmäßiger untergebracht sind, als in der bestgeleiteten Anstalt. Zu der Zeit wurde ja bekanntlich als Hauptgrund gegen die Einführung der Familienpflege immer die Behauptung ins Feld geführt, daß es an den für diese freieste Verpflegungsform geeigneten Kranken fehle und der Prozentsatz der an die Familienpflege abzugebenden Kranken ein so geringer sei, daß ihr nur eine untergeordnete Bedeutung beigelegt werden könne.

Ebenso wurde behauptet, es fehle in den allermeisten Gegenden und zumal in der Nähe der bestehenden Anstalten an geeigneten und gewillten Familien zur Ausübung dieser werkfreudigen Nächstenliebe. In Ilten, bei Bremen und wo sonst noch die Familienpflege — und zwar überall nur in beschränktem Maße — Eingang gefunden habe, seien eben besonders günstige Verhältnisse.

Demgegenüber war ich der Ansicht, daß so gut wie überall Familienpflege eingeführt werden könne, wenn der leitende Arzt für diese freieste Verpflegungsform Interesse und Geschick bekunde. Es komme nur darauf an, die Neuerung in richtiger Weise in die Wege zu leiten, man müsse zunächst die Familien der aktiven und gewesenen Pfleger heranziehen, sich allmählich weiter in der Nachbarschaft ausdehnen und in geeigneten Gegenden kleinere Zentralen errichten, von denen aus besonders brauchbare Pflegerfamilien unter entsprechender psychiatrischer Anleitung als Pioniere einer zielbewußten Familienpflege zu verwenden seien. Daß auf dem Wege die Familienpflege rascher Entwicklung fähig sei, war mir nicht zweifelhaft.

Wie Sie aus dieser Tabelle ersehen, ist die Zahl der Familienpfleglinge in der Provinz Sachsen im Laufe der zehn Jahre von 0 auf 475 angestiegen. Gewiß ein Beweis für die Wahrheit der damals geäußerten Ansicht, daß durch systematische Ausbildung einer ausgedehnten familiären Irrenpflege eine Entlastung der Anstalten herbeigeführt werden könne.

Diese so rasche Einführung und noch überraschendere Ausdehnung der Familienpflege in der Provinz Sachsen ist genau nach dem vor zehn Jahren hier im Verein entwickelten Plane vor sich gegangen. Erst blieb die Familienpflege beschränkt auf die Familien der in dem eigens erbauten Dörfchen Wilhelmseich wohnenden Pfleger und niederen Angestellten. Ganz von selbst regte sich, wie erwartet war, auch in der Nachbarschaft das Verlangen, ebenfalls Pfleglinge zu haben. Wir gaben erst vereinzelte Kranke in die nächstgelegenen Dörfer und in die 14 km entfernte Kreisstadt Gardelegen in Pflege. Nachdem so drei Jahre hindurch genügend eigene Erfahrungen gesammelt und durch eingehende Besichtigung der bewährten

Familienpflegen des In- und Auslandes ergänzt waren, glaubte ich zu rascherem Tempo übergehen zu sollen. Im Februar 1900 genehmigte der sächsische Provinziallandtag die von mir entworfenen Grundsätze und die erforderlichen Mittel zu einer rascheren, ausgedehnten Einführung der familiären Irrenpflege. Der schnelle und stetige Anstieg der Kurve zeigt den Erfolg dieser Beschlüsse. In der Umgegend von Jerichow und in Jerichow selber, wo ausgesuchtes Pflegepersonal zunächst von einer ermieteten, provisorischen Zentrale aus die Pionierarbeit unter der Führung eines besonders für die Familienpflege geeigneten und interessierten Arztes aufnahm, sind jetzt gegen 200 Kranke vortrefflich in Familien untergebracht. Noch etwas größer ist die Zahl der Familienpfleglinge in der Uchtspringe benachbarte Kreisstadt Gardelegen, wo ebenfalls eine kleine Zentrale ermietet wurde und ein für diese Verpflegungsform besonders berufener Kollege unter Assistenz geeigneten Oberpflege- und Pflegepersonals mit großem Geschick und Glück fortgesetzt neue Pflegerfamilien heranbildet.

Die Frage, ob die dazu geeigneten Kranken in der Familienpflege ebenso gut oder besser aufgehoben sind wie in einer guten Anstalt, werden Sie selber am besten beantworten können, wenn Sie unsere familiären Kolonien mit Ihrem Besuche beehren.

Daß die Familienpflege sowohl in bezug auf die erstmaligen Anlagekosten wie namentlich auch im laufenden Betrieb sich erheblich billiger stellt als die Anstaltspflege, bezweifelt heutzutage niemand mehr.

Meinen vor zehn Jahren in dieser Versammlung gehaltenen Vortrag schloß ich mit den Worten: Ich hoffe in absehbarer Zeit den praktischen Beweis dafür erbringen zu können, daß diese Pläne keine Phantasiegebilde, sondern genau durchdachte und wohl zu verwirklichende Vorschläge sind, die in gleicher Weise dem Wohl der Kranken, der verdienten Wärter und der Steuerzahler Rechnung tragen.

Ich glaube heute, mein damaliges Versprechen eingelöst zu haben.

Delbrück-Bremen weist in seinem Vortrag: „Zur Kostenfrage größerer oder kleinerer Krankenpavillons“ darauf hin, daß in neuerer Zeit immer größere Anstalten gebaut werden und größeren Pavillons aus Sparsamkeitsrücksichten vielfach das Wort geredet wird. Demgegenüber tritt *Ref. der Ansicht Alts* bei, daß größere Pavillons gar nicht unbedingt billiger, sondern vielleicht sogar teurer sind. Er erbringt dafür unter anderen einen mathematischen Beweis, insofern die bei großen Häusern nötige rechteckige Grundrißanordnung gegenüber der quadratischen eine Verteuerung bedingt. D. warnt vor kritikloser Empfehlung großer Häuser und empfiehlt dringend die vorherige sorgfältige Prüfung der Kostenfrage. (Der Vortrag ist in der „Psychiatrischen Wochenschrift“ erschienen.)

In der Diskussion tritt *Alt* für kleinere Anstalten ein und weist darauf hin, daß dadurch auch den jüngeren Irrenärzten Aussicht auf leitende Stellen gegeben sei.

Hoppe-Uchtspringe: „Die Beziehung der Bromwirkung zum Salzstoffwechsel der Epileptiker.“

(Der Vortrag soll ausführlich im „Neurol. Centralblatt“ erscheinen.)

In der Diskussion sagt *Schurabe*, daß er durch salzarme Nahrung hervorgerufenen Einfluß bei Epileptikern gesehen habe (Anfälle werden seltener).

Weber-Göttingen: „Kleinhirnrämpfe“.

Die Bedeutung des Kleinhirns als Bewegungsorgan findet ihren klinischen Ausdruck darin, daß wir zwei durch Erkrankungen des Kleinhirns bedingte Bewegungsstörungen kennen: die cerebellare Ataxie und die cerebellare Lähmung (*Mann*). Beide Störungen treffen die der erkrankten Kleinhirnhälfte entsprechende Extremitätenseite. Vortragender bringt klinische Beobachtungen, welche es wahrscheinlich erscheinen lassen, daß einseitige Kleinhirnerkrankung noch ein drittes Motilitätssymptom hervorrufen kann: Zuckungen und Krämpfe der gleichen Extremitätenseite.

Folgende Beobachtungen werden angeführt:

1. Fall: Linksseitiger otitischer Kleinhirnabszeß bei einem 19jährigen Menschen. Mehrmalige Trepanation, Punktion des Kleinhirnabszesses, Rückgang der Stauungspapille, Abfall des Fiebers, Heilung der Operationswunde; dann zwei Monate nach der Operation plötzlich linksseitiger Krampfanfall vom *Jakson*-schen Charakter, bei dem aber schließlich das Bewußtsein schwand und ein Zungenbiß erfolgte. Später erfolgten noch Zuckungen im linken Bein. Die Untersuchung ergab außerdem um diese Zeit: Atrophie und spastische Parese des rechten Beins ohne Entartungsreaktion, Babinski rechts, Abweichen der Zunge nach links. Diese Symptome und die Operationsstelle gestatten die Lokaldiagnose: Granulationsbildung bei der Ausheilung des linksseitigen Kleinhirnabszesses, welche die linke Hälfte der Medulla oblongata oberhalb der Pyramidenkreuzung drückt; Mitbeteiligung des linken peripheren Hypoglossus. Die Atrophie des rechten Beines ist eine zentrale, bedingt durch die Schädigung der Pyramidenbahn oberhalb der Kreuzung. Es bleiben also Zuckungen und Krämpfe der linken Extremitäten nach Abszeß- und Granulationsbildung an der linken Kleinhirnhemisphäre.

2. Fall: 21jähriger Mann. Rechtsseitige Otitis media, Stauungspapille, Trepanation. Rückgang der Stauungspapille. Später Zuckungen im rechten Bein. Ataxie der rechten Hand.

3. Fall: 19jähriger Mann. Sturz von 8 m Höhe. Verletzungen über dem linken Stirnhöcker und am linken Hinterkopf. Blutungen aus dem linken Ohr. Bewußtlosigkeit. Nach 14 Tagen linksseitige Ohreiterung, in den nächsten Wochen Fieber, Kopfschmerz, Schwindel, Stauungspapille. Heilung der akuten Erscheinungen nach vier Monaten; Taubheit auf dem linken Ohr. Fünf Monate nach dem Unfall ausgesprochen linksseitiger Anfall, seitdem öfter solche Anfälle. Auch acht Jahre nach dem Unfall noch linksseitige spastische Parese und Ataxie der linken Extremitäten (auch des Beines). Krämpfe mit linksseitigem Beginn, aber generalisiertem Verlauf.

4. Fall (schon früher von *Cramer* mitgeteilt): 25jähriger Mann erkrankt, wie später die Sektion ergab, an isolierter hydrocephalischer Erweiterung des rechten Unterhornes. Neben anderen Symptomen bestand bei ihm rechtsseitige spastische Parese, Fußklonus rechts, Zuckungen in rechten Arm und in der rechten Schulter, die auch durch Beklopfen der rechten Hinterhauptschuppe ausgelöst wurden.

5. Fall (früher von *Cramer* beobachtet und publiziert): 48jährige Frau leidet seit dem 14. Lebensjahre an ausgesprochen linksseitigen epileptischen Krämpfen, häufig gefolgt von transitorischer linksseitiger Lähmung. Die Sektion ergibt Atrophie der linken Kleinhirnhemisphäre, Verkleinerung der rechten roten Kernes, Atrophie und Rarefaktion der Ganglienzellen der rechten motorischen Region.

6. Fall (von *Kutner* mitgeteilt Medizin. Klinik Jahrg. II. S. 81): 24jähriges Mädchen. Seit dem dritten Lebensjahr linksseitige Zuckungen und Krämpfe vom Jaksonschen Typus; schlaffe motorische und sensible Hemiplegie links. Befund: linke Kleinhirnhemisphäre kleiner als die rechte und derb anzufühlen; rechte Hemisphärenoberfläche trocken, Windungen platt, die Ventrikel nicht erweitert.

Bei allen diesen Fällen interessiert hier nur die Tatsache, daß bei Erkrankungen einer Kleinhirnhälfte Zuckungen und Krämpfe auf der gleichen Extremitätenseite beobachtet wurden.

Folgende Möglichkeiten ihres Zustandekommens sind denkbar:

1. Reizung der gleichseitigen Pyramidenbahn unterhalb der Kreuzung durch den Erkrankungsprozeß der Kleinhirnhemisphäre. Das ist unwahrscheinlich aus topographischen Gründen, ferner weil in drei der mitgeteilten Fälle (Atrophie der Kleinhirnhemisphäre) gar keine Einwirkung auf Nachbarorgane stattfand, endlich weil, wie längst bekannt, Reizung der Pyramidenbahn keine Krämpfe macht. Im ersten Fall fand eine Reizung der Pyramidenbahn oberhalb der Kreuzung statt; die Folge war nur eine spastische Parese und Atrophie der zugehörigen (der Kleinhirnerkrankung gegenüberliegenden) Extremität.

2. Die Affektion einer direkten cerebellospinalen Bahn, die von der Kleinhirnhemisphäre zu der gleichen Rückenmarksseite verläuft (*Brunn*, *von Monakow*). Es ist möglich, daß ihre Schädigung bei der cerebellaren Ataxie und Lähmung eine Rolle spielt: für die Entstehung von Krämpfen dürfte sie aus denselben Gründen, wie die Pyramidenbahn, nicht in Frage kommen.

3. Reizung der kontralateralen motorischen Großhirnrinde durch Fernwirkung infolge von Hirndrucksteigerung. Aber in zwei von den sechs Fällen bestand überhaupt keine Hirndruckssteigerung (Atrophie des Kleinhirns), in drei anderen Fällen traten die Zuckungen und Krämpfe erst nach Ablauf des akuten, Hirndruck verursachenden Prozesses auf.

Da wir aber trotzdem eine Beteiligung der motorischen Großhirnrinde zur Erklärung von Zuckungen und Krämpfen der Extremitäten annehmen

müssen, so bleibt nur die Möglichkeit, daß auf einer Bahn, die von der einen Kleinhirnhemisphäre zur kontralateralen Großhirnhemisphäre geht, krankhafte Reize nach dem Großhirn übertragen werden und von dieser Stelle aus Krämpfe der entsprechenden Extremitätenseite auslösen. Eine solche Bahn ist bekannt: sie geht von der einen Kleinhirnhemisphäre durch den Bindearm nach dem gekreuzten roten Kern, von da durch den sensiblen Teil der inneren Kapsel nach der Großhirnrinde.

Normalerweise werden auf diesem Wege der Großhirnrinde die vom Kleinhirn aus den Extremitäten gesammelten „Innervationsmerkmale“ (*Mann*) zugeführt, unbewußte Eindrücke von den Spannungsverhältnissen der Muskulatur usw., welche zur Regelung der Bewegung vielleicht in hemmender Weise dienen. Ihr Wegfall würde cerebellare Ataxie oder Lähmung zur Folge haben. Daß auf derselben Bahn auch im Kleinhirn selbst entstehende krankhafte Reize dem Großhirn zufließen und dann exzessive Bewegungen — Krämpfe — verursachen können, ist nach experimentellen Untersuchungen von *Prus* und *Pagano* wahrscheinlich; sie sahen nach elektrischer Reizung einer Kleinhirnhemisphäre Kontraktion der gleichseitigen Extremitäten; diese Kontraktionen blieben aus, wenn vorher die kontralaterale Großhirnrinde abgetragen war, ein Beweis dafür, daß zu ihrem Zustandekommen die Mitwirkung des Großhirns nötig ist. Daß das Kleinhirn hemmende Einflüsse dem Großhirn zuführt, geht aus einem Experiment *Russels* hervor, der nach Abtragung der einen Kleinhirnhälfte durch Absinthvergiftung viel eher auf der gleichen Extremitätenseite klonische Zuckungen hervorrufen konnte, als auf der entgegengesetzten.

Endlich ist zu erwähnen, daß *Bonhoeffer* nach Affektion der Kleinhirnbindearm-rote Kern-Bahn hemichoreatische Bewegungsstörungen sah.

Wenn somit das Vorkommen gleichseitiger Extremitätenkrämpfe bei Affektion einer Kleinhirnhemisphäre klinisch und anatomisch erwiesen ist, so bedarf es noch weiterer Beobachtungen, um festzustellen, ob diese „cerebellaren Krämpfe“ so charakteristisch sind, daß sie mit verwertet werden können bei der Diagnose der Erkrankung einer Kleinhirnseite. (Eigenbericht.)

Dr. *Bunnemann* referiert über das Buch *Paulys*: „Lamarckismus und Darwinismus“ und seinen im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie erschienenen Aufsatz: „Über den Begriff des Psychischen.“ *Pauly* verwirft die *Darwinsche* Selektionstheorie, nimmt dagegen mit *Lamarck* ein aktives Prinzip in den Organismen an, welches bei der Entwicklung der Lebewesen ursächlich in Anregung zu bringen ist und als ein psychisches aufgefaßt werden muß. Er sieht also in allen organischen Einheiten, zellularen wie molekularen sowohl des Tierreiches als auch des Pflanzenreiches, ein allgemeines, organisches, psychisches Vermögen. Zwischen den Molekülen untereinander und den Zellen und Organen gleicherweise findet ein suggestiver Ausgleich statt, sie sind psychisch beeinflussbar und vermögen psychisch zu beeinflussen. In

höher entwickelten Organismen bildet sich als Organ der Leitung des suggestiven Ausgleiches zwischen organischen Einheiten das Nervensystem aus und in ihm vollziehen sich spezielle suggestive Prozesse auf höchster Entwicklungsstufe, die Vorgänge in der grauen Rinde, denen unser Vorstellungsleben entspricht. *Pauly* kommt zu der Annahme eines allgemeinen psychischen Vermögens aus der Wahrnehmung der überall in der organischen Entwicklung zu beobachtenden persönlichen Zweckmäßigkeit. Das persönliche Moment führt uns zum bewußten Empfinden, wodurch alles das Psychische charakterisiert ist. In diesem allgemeinen, organischen psychischen Vermögen ist nach *Bunemann* eine spezifische, kosmische Energieform zu erblicken und zwar die höchstentwickelte, nur in der organisierten Welt vorkommende Energieform, bei deren Annahme die Lebensprozesse begreiflich, das Gesetz von der Erhaltung der Kraft auch in der organisierten Welt durchführbar, die Rätsel, vor denen uns die Physiologie stehen ließ, lösbar erscheinen. An das Vorhandensein dieser Energieform ist das Leben gebunden. Sie vermag sich aktiv und reaktiv Geltung zu verschaffen, auf andere Energieformen hemmend und bahnnend zu wirken, durch andere Energieformen gefördert oder gehemmt zu werden, andere Energieformen vermögen sich in dieselbe umzusetzen (Sinneszellen und Sinnesorgane), und sie selbst vermag sich wieder in andere Energieformen zu verwandeln (Erforgsorgane, Muskel, Drüsenzellen). Die Nervenleitung ist ein psychisch induktiver Vorgang, eine Fortleitung bewußten Empfindens von Molekül zu Molekül und von Zelle zu Zelle. Die durch Induktion entstehende dynamische Spannung unter den Molekülen, Zellen und Nervenzentren kann infolge besonderer lokal sich bahnender Aktivität polarisiert werden (Kern, Nervenzentren, Aufmerksamkeit und Wille — die ersten beiden zeigen nachfolgende stoffliche Differenzierung, die zweiten beiden sind nicht lokalisierbar —). Die spezifischen Energien, hervorgegangen aus dynamischer Bahnung und Adaption der Moleküle an einen speziellen Erregungsreiz und Verlust durch Nichtgebrauch der Reaktionsfähigkeit für andere Erregungsreize, sind nicht nur in den Sinnesorganen, sondern auch in den vegetativen Organen und in der Entfaltung von Wachstumsenergien zu erblicken. Sie entwickeln sich nach bestimmter Gesetzmäßigkeit durch Beschränkung in der einen und Vervollkommenung in der anderen Richtung. Sehen ist aus allgemeinem, organischem, bewußtem Empfinden hervorgegangenes spezielles, in der einen Richtung (Lichtwellen) vervollkommenes, bewußtes Empfinden. Diese Gesetzmäßigkeit ist schon in der anorganischen Natur zu erkennen und so erscheint das Psychische selbst als eine spezifische aus Beschränkung und Vervollkommenung hervorgegangene kosmische Energieform, und Bewußtsein, Vorstellungslieben und der daraus abstrahierte Begriff als etwas aus dem All Entwickeltes.

Das allgemeine, organische, psychische Vermögen bewußten Empfindens steht zu unseren daraus entwickelten oberbewußten psychischen Prozessen der Hirnrinde in keinem ausdrückbaren und faßbaren Größenverhältnis. In

irrende selbst sind energetische Prozesse von verschiedenster Intensität nehmen, unter denen erstens der Schlaf bei äußerer oder durch innere Reizung erzeugten Ausschluß von Erregungsreizen, zweitens das Gemeinleben, das Bewußtseins, das Wachsein, durch indifferente Erregungsreize erzeugt, drittens die durch differente Erregungsreize über die Schwelle des Oberbewußtseins hinaus gehobenen Empfindungen und Vorstellungen leicht sich scheiden lassen. In der organisierten Welt ist zur Erklärung der Lebensvorgänge eine Annahme einer weiteren, etwa physiologischen Energieform nötig. Der Begriff der Physiologie ist deshalb entweder überflüssig, dem der Psychologie unterzuordnen. Man könnte teilen in allgemeine organische Psychologie und spezielle Psychologie oder die Lehre von der Induktion im Nervensystem. Durch die Annahme einer spezifischen psychischen Energieform, der psychischen Energie, gelangen wir zum ersten zu einer einheitlichen Auffassung der Lebensprozesse.

Grimme-Göttingen: Im August 1905 brach in der Provinzial-Heil- und Anstalt in Göttingen eine Typhusepidemie aus. Sie blieb auf die Frauen beschränkt und lokalisierte sich hier hauptsächlich auf der Station der eigenen Kranken, während auf den übrigen Abteilungen nur einzelne durch Infektion bedingte Fälle auftraten. Die Ätiologie hat sich nicht feststellen lassen; nur soviel kann als sicher angenommen werden, sie in den Einrichtungen der Anstalt — Wasser, Milch oder den anderen Nahrungsmitteln; Klosetts — nicht begründet war. Die Keime müssen von einem Arzt auf die zuerst infizierte Station eingeschleppt sein. Es kommen verschiedene Quellen in Betracht. Erstens ist es möglich, daß Arbeiter, die kurz vorher auf dieser Station einen Umbau vorgenommen hatten, und die aus der Umgebung mit Typhus verseuchten Umgebung Göttingens stammen, die eingeschleppt haben. Zweitens kann dies durch einen Anschluß an einen Typhus erkrankten Patientin geschehen sein, die auf dieser Station aufgenommen wurde. Sie wurde zunächst streng isoliert gehalten und erst dann in die Abteilung verlegt, als im Stuhl und Urin Bazillen nicht gefunden wurden. Die Untersuchung wurde einmal ausgeführt; doch ist es möglich, sie nicht genügte. Denn es ergab sich durch konsequente Untersuchungen den Ablauf der Epidemie, daß das Ausscheiden der Bazillen nach Ablauf des Typhus in sehr vielen Fällen ein inkonstantes ist. Es ist also für die Infektionshygiene notwendig, daß man einen Typhusrekonvaleszenten so lange gefährlich hält, bis in mehrmaligen Untersuchungen von Stuhl und Urin Bazillen nicht mehr gefunden sind.

Die Ausbreitung der Epidemie geschah durchweg auf dem Wege des Kontaktes.

Es erkrankten an klinisch völlig einwandfreien Typhen 12 Patientinnen; daneben traten noch 4 andere auf, die in der Diagnose ganz unsicher blieben, aber praktisch den Typhen gleichgesetzt werden mußten. Die Inkubationszeit schwankte von drei Tagen bis 3½ Wochen. Bei der Unregelmäßigkeit

in dem Auftreten der diagnostischen Merkmale erwies sich in dieser Epidemie als das sicherste Symptom der positive Ausfall der *Widalschen Reaktion*, die in den einwandfreien Fällen immer am ersten oder zweiten Fiebertage nachzuweisen war. Einmal blieb der positive Ausfall mit nachfolgender Zunahme der Intensität die einzige Reaktion des Körpers auf die stattgehabte Infektion. Es ist also — unbeschadet der aus der Literatur bekannten Ausnahmen — für die Anstaltshygiene notwendig, daß bei allen zweifelhaften Fieberfällen sofort die Agglutination untersucht wird. Als das unsicherste diagnostische Symptom erwies sich das Fieber; einzelne Fieberkurven hatten nicht die geringste Ähnlichkeit mit der typischen Typhuskurve. Ebenso darf man sich nicht täuschen lassen durch eine atypische Lokalisation des Prozesses, wie sie der Beginn mit einer Pneumonie bildet. Für die Heilanstalten ist dies dann wichtig, wenn ein Mitglied des Wartepersonals an einer Pneumonie erkrankt und es sich feststellen läßt, daß es kurz vorher mit einem Typhuspatienten zusammengekommen ist. Die Agglutinationsprobe wurde wegen ihrer großen Bedeutung nicht nur auf alle fieberhaft erkrankten, sondern auch auf den größten Teil der gesunden Patienten ausgedehnt. Da ferner die Patientin, bei der das Auftreten und die Zunahme der Agglutination die einzige Reaktion des Körpers auf die Infektion bildete, später dauernd Bazillen ausschied, wurden nicht nur alle wirklichen Rekonvaleszenten nach Ablauf der Krankheit auf Bazillen untersucht, sondern auch alle Gesunden, die mit den Infizierten in engere Berührung gekommen waren.

Von den weiteren Abwehrmaßregeln ist noch zu erwähnen, daß, um eine Verschleppung der Keime auf die auf den Rieselfeldern arbeitenden männlichen Kranken nach Möglichkeit zu verhüten, erstens die Klosetts der infizierten Abteilung geschlossen und dafür mit Lysol angefüllte Nachtstühle aufgestellt wurden, die erst entleert werden durften, nachdem die Fäkalien mehrere Stunden unter Lysol gestanden hatten; und daß zweitens die ganzen Abwässer der Anstalt mit der entsprechenden Menge Kalkmilch versetzt wurden, ehe sie auf die Rieselfelder gelassen wurden. Da gerade während der Typhuszeit wegen mehrerer Um- und Neubauten alle Patientinnen der Frauenseite in dem im Korridorstil erbauten Teil der Anstalt zusammengelegt waren, war die Durchführung der Abwehrmaßregeln sehr erschwert.

Wegen der durch die Psychosen gegebenen Komplikationen wichen die einzelnen Erkrankungen oft sehr von der gewöhnlichen Verlaufsart ab. Namentlich war es nicht möglich die strengen Vorschriften der Bettruhe und der Diät allgemein zur Anwendung zu bringen. Bei den motorisch erregten Kranken blieb die Unruhe trotz des Fiebers unverändert bestehen, so daß die Station häufig ein Aussehen gewann, daß ein Uneingeweihter in ihr kaum eine Abteilung für schwer fieberhafte Patienten erkannt haben würde.

Einmal trat Exitus ein.

(*Grimme* konnte wegen Zeitmangels seinen Vortrag nicht mehr halten.)

Gerstenberg.

Kleinere Mitteilungen.

Neue Zeitschriften. — Im Verlage von H. Delarue et Cie, rue des s-Augustins, Paris (VI^e) erscheint seit Beginn dieses Jahres eine neue psychiatrische Zeitschrift unter dem Titel *L'Encéphale*, unter Mitwirkung von *Ballet, E. Dupré, P. Kéraval, E. Régis, P. Sérieux* und *Ch. Vallon* gegeben von *A. Antheaume* und *M. Klippel*. *L'Encéphale* erscheint in 6 Heften mit 1. Originalartikeln, 2. einer kritischen Übersicht über aktuelles wissenschaftliches Thema, 3. klinischen Mitteilungen, 4. einer Analyse der wichtigen psychiatrischen Arbeiten des In- und Auslandes systematisch geordneten Bücheranzeigen.

L'Encéphale wird vervollständigt durch zwei andere Zeitschriften, *La Revue de médecine légale psychiatrique et d'anthropologie criminelle* (6 Hefte jährlich) und *L'Informateur des aliénistes et des psychologues* (12 Hefte jährlich), beide herausgegeben von *Antheaume*.

Abonnementspreis für das Ausland jährlich: *L'Encéphale* allein 23 fr.; für beide Zeitschriften 33 fr. —

The Journal of Abnormal Psychology, unter Mitredaktion von *Münsterberg, James J. Putnam, August Hoch, Boris Sidis, Charles D. May* und *Adolf Meyer* herausgegeben von *Morton Prince*, wird in jährlichen 6 Hefen zu Boston, Mass., im Verlage des Old Corner Book Store, Inc., 9 Bromfield Street zum Preise von 3,00 Dollars erscheinen. Es soll hauptsächlich klinische und Laboratoriums-Untersuchungen über abnorme Erscheinungen bringen, daneben aber auch rein psychiatrische Arbeiten und Referate. Obwohl in englischer Sprache gedruckt, soll es internationalen Charakter tragen, und auf besonderen Wunsch der Verf. können Artikel in deutscher oder französischer Sprache aufgenommen werden. Das erste Heft ist im April d. J. ausgegeben worden und enthält vier Aufsätze: *Pierre Janet*-Paris: *The Pathogenesis of Some Impulsions*, *W. von Bechhold*-St. Petersburg: *What is Hypnosis?*, *Putnam*: *Recent Experiences in the Treatment of Hysteria* und *Morton Prince*: *The Psychology of Religious Conversion*.

Eine mittelfränkische Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie ist auf Anregung von Prof. *Specht*-Erlangen und Dr. v. *Bad-Nürnberg* gegründet. Allmonatlich finden Sitzungen abwechselnd in Erlangen und Nürnberg statt.

Die nächste Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen findet am 21. Oktober d. J. in Dresden statt. Geschäftsführer sind Herr *Ganser* und Herr *Boehmig*.

Psychiatrischer Kongreß in Mailand. — Wie bereits mitgeteilt ist, tagt vom 26. bis 30. September d. J. in dem herrlichen Mailand ein internationaler Kongreß für Irrenfürsorge unter besonderer Berücksichtigung der freieren Verpflegungsformen. Man darf wohl jetzt schon auf Grund der zahlreichen Anmeldungen bekanntester Psychiater aus allen Kulturländern voraussagen, daß der Kongreß an Bedeutung hinter dem Antwerpener Kongreß nicht zurückbleiben wird. Bekanntlich hat die deutsche Psychiatrie in Antwerpen vorzüglich abgeschnitten und durch ihr einmütiges Vorgehen in allen Fragen den Ausschlag gegeben. Der Herr Vorsitzende des Antwerpener Kongresses hat dann auch dem Herrn Staatsminister für äußere Angelegenheiten in einem offiziellen Schreiben den besonderen Dank und die Anerkennung der Kongreßleitung ausgesprochen. „Die in Antwerpen durch eine große Gruppe von Ärzten vertretene deutsche Psychiatrie hat gezeigt,“ so heißt ein Abschnitt des Schreibens, „daß sie auf der Höhe jeglichen Fortschrittes steht; die Annahme der von ihr formulierten und vertretenen Leitsätze hat endgültig den Erfolg der guten Sache, den Triumph der Familienpflege, besiegelt.“

Wir hoffen, daß auch in Mailand die deutsche Psychiatrie die in Antwerpen behauptete Stellung nicht nur behaupten sondern neu festigen wird. Dazu ist aber erforderlich, daß die deutschen Psychiater sich recht zahlreich im schönen Mailand einfinden, das diesmal noch einen besonderen Anziehungspunkt durch die großartige Weltausstellung bietet.

Anmeldungen erbittet

Professor Dr. *Alt-Uchtspringe*.

Preisaufrage. — Die in Amerika bestehende „Nationale Vereinigung für das Studium der Epilepsie“ hat einen Preis von 1200 M. für die beste Abhandlung über die Entstehung der Epilepsie ausgesetzt, und zwar steht die Teilnahme an diesem Wettbewerb den Ärzten aller Länder frei. Die Abhandlungen müssen bis 1. September d. J. an den Präsidenten der Vereinigung nach Sonyea, N. Y., eingesandt werden.

Poliklinik in Süchteln. — In Verbindung mit der neu eingerichteten Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Johannistal ist am 1. Mai eine Poliklinik zur Behandlung von Epilepsie, Hysterie, Chorea usw. bei Angehörigen der Rheinprovinz eröffnet.

Die Fürsorge für Geisteskranke in der Armee. — Die Zunahme geisteskrankheiten in der Armee und besonders die Wichtigkeit ihrer richtigen Feststellung machen es erforderlich, Einrichtungen zu schaffen, um es ermöglichen, Leute mit zweifelhaftem Geisteszustande durch entsprechend hierfür vorgebildete Militärärzte in besonderen Krankenabteilungen schnell in Behandlung und Pflege nehmen zu können. Es besteht daher der Plan, im Osten und Westen des Reichs je eine Station zu errichten, in denen je 12 Kranke aus den Bezirken nächstgelegenen Armeekorps beobachtet und behandelt werden können. Dem sollen in 125 Militärlazaretten besondere Räume hergerichtet werden für eine vorübergehende Aufnahme von Geisteskranken bis zur Überführung in neu zu errichtenden Stationen. Die jetzt bei den Lazaretten vorhandenen Einrichtungen für Geisteskranke entsprechen nicht den Anforderungen der heutigen Irrenpflege. Es müssen besonders Vorkehrungen getroffen werden, um die Kranken am Entweichen und an Gewalttätigkeiten zu hindern (h. med. Wochenschr. 1906, Nr. 16).

Durch Ministerialerlaß ist bestimmt, daß die Ersatzkommissionen ebenfalls davon zu benachrichtigen sind, wenn eine Person, über deren Aufnahme in das Heer noch nichts bestimmt ist, aus einer Anstalt für Geisteskrankheiten entlassen wird (Deutsche med. Wochenschr. 1906, Nr. 21).

Die Breslauer dermatologische Vereinigung wünscht bei Syphilisinfektion im Beruf für die Ärzte günstigere Entschädigungsbedingungen von den Unfallversicherungsgesellschaften zu erwirken als bisher. Geeignete Vorschläge aufstellen und begründen zu können, richtet sie an die deutschen Ärzte die dringende Bitte, ihr diejenigen ihnen bekannten Mitzuteilen, in welchen

1. die Anerkennung von beruflicher Syphilisinfektion als Unfallursache zum Abschluß der Unfallversicherung zurückgewiesen oder nur unter hohem Entschädigungszuschlage bewilligt wurde;
2. eine Entschädigung für vorübergehenden Verlust der Arbeitskraft während dem 400. Tage seit der Entstehung des Unfalls beanstandet wurde;
3. die Anerkennung von voraussichtlich lebenslänglicher Verminderung der Arbeitskraft, d. h. von Invalidität auf Grund beruflicher Syphilisinfektion beantragt wurde resp. erst erstritten werden mußte.

Es wird gebeten, einschlägige Fälle, womöglich durch Einsendung des Briefwechsels mit den Gesellschaften und etwaiger Schiedsgerichtsverhandlungen ergänzt, Herrn Dr. *Martin Chotzen*, Breslau XVIII, Landsbergerstraße 1, mitzuteilen.

Nekrolog Fürstner. — In die diesjährige Verlustliste unserer Wissenschaft ist vor allem der Professor der Psychiatrie an der Universität Strassburg einzutragen, *Carl Fürstner*, der am 26. April im 58. Lebensjahre den Folgen eines Diabetes rasch und unvermutet zum Opfer fiel.

Geboren am 7. Juni 1848 zu Strassburg in der Uckermark, hatte er seine wissenschaftliche und zumal seine psychiatrische Ausbildung vorzugsweise in Berlin genossen, wo er in den letzten Semestern seines akademischen Studiums Amaniensis bei *Virchow* und später, nachdem er ein Jahr in pathologischen Institute zu Greifswald zugebracht hatte, unter *Westphal* Leitung in der Charité als Oberarzt tätig war.

Um den inneren Betrieb einer größeren Irrenanstalt auch praktisch kennen zu lernen, entschloß er sich die Stelle eines Assistenzarztes an der elsässischen Departementalanstalt Stephansfeld anzunehmen (1877), von wo aus er schon nach Jahresfrist als ordentlicher Professor der Psychiatrie an die neu errichtete psychiatrische Klinik zu Heidelberg berufen wurde. In deren bauliche Vollendung er die letzte Hand anlegte. Von Heidelberg folgte er 1891 einem Rufe nach Strassburg, als Nachfolger *Jollys*, und dort ist er bis zu seinem Tode verblieben. Dieser Entwicklungsgang hat seinem ganzen an Arbeit und Erfolg reichen Leben Richtung und Färbung verliehen.

Berlin hatte ihm den scharfen kritischen Geist mit auf den Weg gegeben, der nun einmal den Spreathenern zu eigen ist, und an exaktes Arbeiten und speziell an die pathologisch-anatomische Methode hatte er sich bei *Virchow* und in dem pathologischen Institute zu Greifswald gewöhnt. In die Psychiatrie aber war er eingetreten an der Hand *Westphals*, und der Meister hatte außer seiner nüchternen Beobachtung und seiner klinischen Schärfe auch seinen unermüdlichen Fleiß auf ihn übertragen und sich an *Fürstner* einen tüchtigen Schüler und Mitarbeiter erzogen. Denn *Fürstner* war wirklich unermüdlich fleißig, und seine Arbeiten, die meist in dem von ihm mitherausgegebenen Archive für Psychiatrie erschienen sind, umfassen die verschiedensten Gebiete der Psychiatrie.

Wir finden dort neben klinischen Arbeiten und anatomisch-histologischen Forschungen auch solche aus dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie, die samt und sonders von jenem scharfsinnig-kritischen Geiste getragen, sich weit über das gewöhnliche Niveau der Tagesliteratur erheben.

Überall begegnen wir dabei dem Bestreben, der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise und der klinischen Methode den ersten Platz einzuräumen. Daß sich mit dieser Anschauung eine starre Scheidung zwischen Gehirn und Nerven, von Psychiatrie und Neurologie, nicht vereinigen lasse, war daher seine feste Überzeugung, und wenn ihm eigentliche Übergriffe in fremdes

gebiet auch fern lagen, so mag doch wohl die freiere Bewegung, die ihm hier in Straßburg gegenüber Heidelberg gewährte, zur Entscheidung beigetragen haben, diese beiden Universitäten miteinander zu vertauschen. In der Errichtung offener Abteilungen mit freiwilligen Aufnahmen, und ferner von Polikliniken, leitete er die geschlossene Anstalt in freiere Formen über und sicherte sich ein ganz anderes und weitaus vielseitigeres Material, als es ihm die geschlossene Anstalt bieten konnte.

Und dies kam seiner klinischen Tätigkeit zugute.

Fürstner war ein vortrefflicher Lehrer, und es war ein Genuß, seinen klaren Ausführungen zu folgen und an seiner Hand von dem anfänglichen Chaos der Erscheinungen von Schluß zu Schluß bis zur sicheren Diagnose vorzuschreiten.

Die gleiche Macht der Logik und des überlegenen Wissens sicherte ihm den Erfolg bei gerichtlichen Verhandlungen. An dialektischer Sicherheit und Schärfe keinem anderen nachstehend, dabei ein Feind aller Redensarten, wußte er die Widerstrebenden bald zu seiner Meinung zu bekehren, und ich glaube nicht, daß er sich als gerichtlicher Sachverständiger jemals darüber zu beklagen hatte, daß der Richter über ein von ihm erstattetes Gutachten hinweggegangen und es zu einem abweichenden Urteile gekommen wäre.

Von einer besonderen Angabe der von *Fürstner* veröffentlichten Arbeiten können wir hier um so eher absehen, als sie ihre eingehende Würdigung bereits in den zahlreichen Nachrufen gefunden haben, die dem Lehrer und Freunde in den verschiedenen psychiatrischen Zeitschriften gewidmet wurden. In allen klingt der Schmerz nach über den Verlust, den wir alle erlitten, an die Lücke, die sein Tod uns hinterlassen hat. Und dies wohl nirgends tiefer und mehr, als in den Worten, die *Schüle* seinem Freunde *Fürstner* bei der Trauerfeier am 28. April mit in das Grab gelegt hat, und die ich am liebsten aus dem 5. Hefte der Straßburger Mediz. Zeitung vom 15. Mai ganz hierher setzen möchte. *Schüle* schlingt den verdienten Lorbeer des Forschers, des hervorragenden Arztes, des Menschenfreundes um die Schläfe des toten Freundes und entbietet an der offenen Bahre den Abschiedsgruß dem Dahingeschiedenen, dem hilfreich guten Menschen, dem Manne von goldener Treue und Verlässlichkeit, dem biederem, vornehmen Charakter, der dauernd im goldenen Buche unserer Wissenschaft und tief in unserem Herzen eingeschrieben steht. Und etwas Besseres, als diese tiefempfundenen Worte des warmherzigen Leiters der Illenauer Anstalt, können wir dem Toten nicht mit auf seinen letzten Weg geben.

Pelman.

Nekrolog Reimer. — Wohl nur bei wenigen von denen, die von dem Tode *Hermann Reimers* Kenntnis erhalten haben, wird dabei eine Erinnerung daran auftauchen, daß er einst Psychiater gewesen ist. Und doch ist er vor Zeiten ein viel genannter Psychiater gewesen, und er hatte an den Bestrebungen und Fragen des Tages mit Eifer und Geschick lebhaften Anteil

genommen. Aber das war lange her, länger wohl als ein Menschenalter, da er sich mit der Psychiatrie nicht mehr befaßt und seine literarische und sonstige Tätigkeit anderen Studien zugewendet hatte, seit er von seiner Stellung als Direktor der mecklenburgischen Irrenanstalt Sachsenberg zurückgetreten war.

Geboren in Berlin als jüngster Sohn des bekannten Buchhändlers Georg Reimer, hatte er sich als Sohn, Bruder und Schwager von Buchhändlern auf fangs ebenfalls diesem Berufe zugewendet, war dann aber zum Studium der Medizin übergegangen, und hatte verschiedene Universitäten, darunter Heidelberg und Halle besucht. Ein flotter Korpsstudent und gefürchteter Linkschläger, hatte er trotzdem Muße gefunden, sich in der Schule *Krakenberg* eine tüchtige Durchbildung in der inneren Medizin anzueignen, ein Gebiet zu dem es ihn später neben seiner Tätigkeit als Leiter einer blühenden Privatanstalt immer wieder hinzog.

Auf Anraten seines Schwagers *Zeller* in Winnenthal gründete er 1851 in Görlitz eine Privatanstalt für Epileptische.

Zeller hatte sich bei seinem Räte offenbar von philanthropischen Erwägungen leiten lassen, auf die Schwierigkeiten eines derartigen Unternehmens aber und vor allem auf den Charakter seines Schwagers hatte er weniger Rücksicht genommen, als er an ihn die Zumutung stellte, Epileptische in seine eben gegründete Familie aufzunehmen.

Reimer hat diese Anstalt bald aufgegeben und anstatt der Epileptischen männliche Geisteskranke in sein Haus aufgenommen, da *Laehr* gleichzeitig in Zehlendorf eine Anstalt für weibliche Geisteskranke errichtet hatte.

Später nahm er auch weibliche Kranke auf, und die so mehrfach vergrößerte Anstalt ist im Jahre 1867 in den Besitz von *Kahlbaum* übergegangen, während *Reimer* nach vorübergehender privatärztlicher Tätigkeit 1869 als Nachfolger *Flemmings* zum Direktor der Anstalt Sachsenberg bei Schwerin berufen wurde. Dort ist er indes nur kurze Zeit, bis 1873 oder 74, geblieben.

Von da ab wandte er sein reges Interesse balneologischen und klimatischen Studien zu. Er durchreiste einen Teil des Jahres die Kurorte und Sanatorien, und legte seine reichen Erfahrungen in viel genannten und benutzten Werken nieder (*Die klimatischen Winterkurorte*; *Handbuch der speziellen Klimatherapie und Balneotherapie*).

Aus seiner früheren psychiatrischen Zeit stammt eine Anzahl kleinerer Aufsätze, die er in der Zeitschr. f. Psych. veröffentlicht hat.

So schrieb er über die Entstehung des Decubitus nach innerlichem Gebrauche von Chloralhydrat, über die Therapie der psychischen Erregungszustände und über die Behandlung von Alkoholisten.

Nach seinem Weggange von Sachsenberg hatte er sich in Stuttgart niedergelassen, wo er am 8. Juni in hohem Alter (81 Jahre) gestorben ist.

Reimer war eine durch und durch kritisch veranlagte Natur, ein scharfer Beobachter und ein ebenso scharfer Beurteiler, von einer ausgezeichneten

allgemeinen Vorbildung und den weitgehendsten Interessen, unter denen die Politik nicht den letzten Platz einnahm. Seinem forschenden Auge entging so leicht nichts, und diese Eigenschaft hat seinen klimatotherapeutischen Werken einen besonderen Wert verliehen.

Dabei hatte er seinem alten Fache, der Psychiatrie, bis in die letzten Lebensjahre seine Teilnahme bewahrt und nach wie vor an allen psychiatrischen Tagesfragen den lebhaftesten Anteil genommen.

Und daher wollen auch wir des verstorbenen Kollegen an dieser Stelle gedenken.

Pelman.

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.

Dem Verein sind beigetreten

die Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz und
die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Tost, O.-Schl.

Personal-Nachrichten.

- Dr. Gg. Ludwig, Geh. Med.-Rat., feierte den 80. Geburtstag in Heppenheim.
- Dr. Paul Kapf, bisher Assistenzarzt in Weinsberg, ist als Dir. der Heilstätte für Alkoholranke Waldfrieden bei Fürstenwalde a. d. Spree an Stelle des ausscheidenden Dr. G. Dankwardt getreten.
- Dr. Friedr. Kortum, San.-Rat., bisher Oberarzt in Herzberge, ist als Oberarzt und Stellvertreter des Dir.s nach Dalldorf,
- Dr. Rich. Werner, bisher Oberarzt in Dalldorf,
- Dr. Paul Junius, bisher Assistenzarzt in Dalldorf, und
- Dr. Franz Sklarek, bisher Assistenzarzt in Dalldorf, sind als Oberärzte nach Buch versetzt worden.
- Dr. Ernst Klipstein, bisher Assistenzarzt in Dalldorf, ist Oberarzt in Herzberge,
- Dr. Hugo Liepmann, Prof., ist Oberarzt in Dalldorf und
- Dr. Ernst Veit Oberarzt in Wuhlgarten geworden.
- Dr. Ad. Groß, Oberarzt in Alt-Scherbitz, ist zum Dir. der im Bau befindlichen Bezirksanstalt in Rufach bei Colmar (Ober-Elsaß) ernannt worden.
- Dr. Max Sommer, bisher 1. Ass.-Arzt der psychiatr. Klinik zu Jena, ist als 2. dirigier. Arzt in die Dr. Erlenmeyerschen Anstalten für Gemüts- und Nervenranke in Bendorf a. Rh. eingetreten.
- Dr. Jos. Löwenstein, Oberarzt der Dr. Scholinusschen Anstalt in Pankow, hat die ärztliche Leitung der Dr. Lewalschen Privatanstalt in Obernigk bei Breslau übernommen.
- Dr. D. Blum tritt am 1. Juli als dirigier. Arzt in die Dr. Richtersche Privatanstalt in Pankow bei Berlin ein.

- Dr. *Otto Mönkemöller*, bisher Oberarzt in Osnabrück, ist Oberarzt in Hildesheim,
- Dr. *Ed. Schütte*, bisher 3. Arzt in Osnabrück, ist Oberarzt in Osnabrück geworden.
- Dr. *Theod. Buder*, bisher Ass.-Arzt in Weinsberg, ist als Oberarzt nach Winnental,
- Dr. *Paul Obermiller*, bisher Oberarzt in Winnental, als solcher nach Weissenau versetzt worden.
- Dr. *Reg. H. Pierson*, San.-Rat, ist, nachdem er die ärztliche Leitung der Privatheilstalt Lindenhof auf Dr. *Ferd. Lehmann* übertragen hat, nach Dresden-Strehlen, Herderstr. 4, übergesiedelt.
- Dr. *Rob. Wollenberg*, Prof. in Tübingen, wird am 1. Okt. dem an ihn ergangenen Rufe nach Straßburg folgen.
- Dr. *Gust. Aschaffenburg*, Prof., ist zum o. Mitglied der Akademie in Köln.
- Dr. *Fr. Tuczek*, Prof., Leiter der Landesheilstalt u. psychiatr. Klinik zu Marburg, und
- Dr. *Rich. Krömer*, Dir. der Prov.-Anstalt Conradstein, W.-Pr., sind zu Geh. Medizinalräten ernannt worden.
- Dr. *Rich. Henneberg* und Dr. *Wilh. Seiffer*, Priv.-Dozenten u. Oberärzte an der Klinik für Psychisch- und Nervenkrankte der Charité, haben den Titel Professor erhalten.
- Dr. *Ed. Hitzig*, Prof. u. Geh. Med.-Rat zu Halle a. S., ist Groß-Offizier der Reale Corona d'Italia geworden.
- Dr. *Theod. Ziehen*, Prof. u. Geh. Med.-Rat zu Berlin, hat den Roten Adlerorden 4. Kl.,
- Dr. *Jul. Matthaes*, Med.-Rat und
- Dr. *Paul Nücke*, Med.-Rat, dirig. Ärzte in Hubertusburg, haben das Ritterkreuz 1. Kl. des Albrechtordens erhalten.
- Dr. *Max Lewald*, Dir. der Privatanstalt zu Obernigk bei Breslau, ist an Schrumpfniere und Herzerweiterung am 19. März,
- Dr. *Carl Fürstner*, Prof. und Leiter der psychiatr. Klinik zu Straßburg i. E., infolge von Diabetes am 25. April im 58. Lebensjahre,
- Dr. *Hermann Reimer*, Med.-Rat, Begründer der jetzt Dr. *Kahlbaumschen* Privatanstalt zu Görlitz und später Dir. des Sachsenbergs bei Schwerin, am 11. Juni im 82. Lebensjahre gestorben.

Druckfehlerberichtigung.

In der 3. Zeile des Aufsatzes von Dr. *H. Lukácz*, S. 59 dieses Jahrgangs, wird gebeten *Pilcz* statt *Pick* zu setzen.

Welche Rolle spielt die Endogenese in der Ätiologie der progressiven Paralyse?¹⁾

Von

Dr. J. Georg Dreyfus,

zurzeit Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik in Basel.

Der „organische“ Charakter des paralytischen Krankheitsprozesses schließt die Möglichkeit einer endogenetischen Entstehung dieser Erkrankung nicht aus. Das beweisen uns eine ganze Reihe von organischen Erkrankungen des Nervensystems, die sich in einer Familie durch mehrere Generationen hindurch vererben können, und für deren Entstehung wir nach dem bisherigen Stande unserer Kenntnisse nichts verantwortlich machen können, als die eben durch das familiäre Auftreten bewiesene erbliche Anlage.

Ich will hier nur die hereditäre Ataxie erwähnen aus dem Gebiete der Neurologie, und aus dem der Psychiatrie die familiäre amaurotische Idiotie oder *Tay-Sachssche* Krankheit und die ebenfalls familiäre *Huntingtonsche* Chorea.

Gerade diese beiden letzten Krankheitsbilder lassen eine gewisse Ähnlichkeit mit der progressiven Paralyse nicht verkennen. In beiden Erkrankungen handelt es sich um einen progressiven, destruktiven Prozeß, der ein bis dahin anscheinend gesundes Nervensystem befällt, der zu einer fortschreitenden Verwüstung zu führen pflegt, und der mit während des Lebens nachweisbaren körperlichen Symptomen einhergeht.

Während bei der *Tay-Sachsschen* Krankheit dieser Prozeß schon in den ersten Lebensjahren beginnt, und die Dauer des

¹⁾ Aus der psychiatr. Klinik in Würzburg (Prof. Rieger).

Verlaufs bis zum unvermeidlichen Tode eine relativ kurze Zeit in Anspruch nimmt, fängt die *Huntington'sche Krankheit* viel später an und nimmt einen viel langsameren Verlauf.

Hier, wie bei der Paralyse, beginnt der progredient destruktive Prozeß bei Individuen, die in der Regel in den mittleren Lebensjahren stehen. In beiden Krankheiten kommt es neben den Erscheinungen auf intellektuellem Gebiet zu Störungen in der motorischen Sphäre, aber während bei der Paralyse der Prozeß im Verlauf weniger Jahre zu Ende zu gehen pflegt, dauert er bei der *Huntington'schen Chorea* bedeutend länger. Aber da wir wissen, daß auch die Paralyse sich lange Jahre hinausziehen kann, wie z. B. *Möbius*¹⁾ bei der Erkrankung *Nietzsches* nachzuweisen versucht hat, ist es doch nicht unmöglich, daß man einmal diese beiden Krankheitsformen miteinander verwechseln kann, zumal da auch das für die Differentialdiagnose sehr wichtige Zeichen der Pupillenstarre bei der Paralyse nicht gar so selten fehlen kann, und auch die im Verlauf der Paralyse gewöhnlich zutage tretenden motorischen Symptome (Tremor) manchmal einen choreiformen Charakter annehmen können.²⁾

Auch die anatomischen Befunde bei *Huntington'scher Chorea* sind denen der Paralyse sehr ähnlich, in einem Falle hat *Binswanger*³⁾ sogar die gleichen Rindenveränderungen gefunden, wie man sie gewöhnlich bei der Paralyse findet.

(Der beste Beweis für die nahe Verwandtschaft der beiden Krankheiten ist aber wohl der, daß ein Fall von familiärer Paralyse, den *Mare* in der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie (Bd. 61) veröffentlicht hat, von *Möbius* in dessen Referat über die betreffende Arbeit⁴⁾ für eine *Huntington'sche Chorea* erklärt wird.) Daß eine solche Verwechslung überhaupt möglich sein kann, gibt schon zu denken. Leider ist der unwiderleglich exakte Nachweis, ob dieser Fall eine Paralyse ist oder nicht, jetzt nicht zu führen. Aber es muß doch die Frage aufgeworfen

1) *Möbius*, Das Pathologische bei Nietzsche.

2) *Draescke*, Progressive Paralyse und Chorea. Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie, XVII, S. 232.

3) Zitiert bei *Oppenheim*, Nervenkrankh., 4. Aufl., 1905.

4) *Schmidts Jahrbücher*, 1905.)

werden, ob nicht für *Möbius'* Entscheidung ausschlaggebend gewesen sind einmal der familiäre Charakter der Erkrankung und dann das Fehlen jedes äußeren Momentes. Denn daß die relativ lange Dauer nicht dagegen spricht, darauf hat ja, wie ich oben erwähnt habe, gerade auch *Möbius* hingewiesen. Nach ihm dauerte Nietzsches Paralyse 19 Jahre. „Ähnliche Fälle sind nicht allzu selten. Man beginnt jetzt einzusehen, daß die paar Jahre der Lehrbücher nicht ausreichen“ (a. a. O.).

Aber nach *Möbius* ist die Paralyse eben exogen, folglich kann von ihm eine so ausgesprochen endogene, familiäre Erkrankung, bei der jedes exogene Moment so gut wie ausgeschlossen ist, logischerweise nicht als Paralyse angesehen werden. Aber mag der erste Fall, den *Mare* (a. a. O.) beschrieben hat, auch zweifelhaft sein, so bleibt doch der zweite unantastbar, wo in drei Generationen, ohne jede exogene Ursache, sich vier einwandfreie Fälle von Paralyse fortgeerbt haben.

Da müssen sich doch Bedenken geltend machen, ob der Einfluß der Endogenese, die bei den meisten andern Geisteskrankheiten eine so bedeutende Rolle spielt, bei der Paralyse tatsächlich so gering ist, wie die Mehrzahl der Autoren bis jetzt anzunehmen geneigt war. In neuester Zeit mehrten sich allerdings die Stimmen, welche die psychopathische Anlage als nicht un wesentlich bei der Entstehung der Paralyse annehmen. Vor allem hat *Joffroy*,¹⁾ der über langjährige Erfahrung verfügende Pariser Psychiater, schon seit langer Zeit die Wichtigkeit der hereditären Belastung betont und auch erst vor wenigen Monaten gegen das „alleinseligmachende Dogma“ der Syphilis verteidigt. In Deutschland vertritt *Näcke* schon seit einigen Jahren immer wieder diese Ansicht und hat erst vor kurzem eine lange Arbeit darüber veröffentlicht.²⁾

Die Literatur über diese Streitfrage ist zu umfangreich, als daß es mir möglich wäre eine kurze Übersicht darüber zu geben. Es wird wohl genügen, wenn ich auf die zahlreichen Literatur-

1) Académie de médecine, 7. u. 11. März 1905. ref. Rev. neurolog. 1905. S. 598.

2) Archiv für Psychiatrie, Bd. 41, Heft 1 S. 295 ff.

angaben verweise, die in den erwähnten Arbeiten *Mares* und *Näckes* gemacht sind.

Mein früherer Chef, Herr Professor *Rieger*, der mir das Material für die vorliegende Arbeit gütigst zur Verfügung gestellt hat, hatte früher auch den Standpunkt vertreten, daß das exogene Moment bei der Entstehung der Paralyse die Hauptrollen spiele, und dementsprechend konnte ich in einigen Krankengeschichten noch aus dem Ende der neunziger Jahre Stellen vorfinden, wie die folgende: „Wenn die starke hereditäre Belastung nicht vorläge, wäre der Verdacht sehr groß, es könne sich um eine Paralyse handeln. Da aber diese bei der Paralyse so gut wie nicht in Frage kommt, wird man wohl eher eine andere Geisteskrankheit annehmen müssen.“ Es stellte sich aber nachher heraus, daß gerade dieser Fall doch eine Paralyse war. In einer andern Krankengeschichte war vermerkt: „Eigentlich paßt die Anamnese eher für die Annahme einer funktionellen Psychose. In Anbetracht der zweifellos paralytischen Symptome muß man aber doch eine Paralyse annehmen.“ Seither hat sich aber an der Würzburger Klinik immer mehr herausgestellt, daß die endogene Anlage für die Ätiologie der Paralyse nicht zu vernachlässigen ist. Aus dieser Klinik ist auch die erwähnte Arbeit von *Marc* hervorgegangen. Aber während dieser sich darauf beschränkte, die Möglichkeit einer familiären Forterbung der Paralyse zu zeigen, soll in folgendem untersucht werden, welche Rolle die Endogenese bei der Entstehung der Paralyse spielt. Zu diesem Zwecke habe ich die Paralytiker, die innerhalb der letzten 15 Jahre in der Würzburger Klinik aufgenommen worden sind, von diesem Gesichtspunkte aus bearbeitet.

Meinem verehrten ehemaligen Chef, Herrn Prof. *Rieger*, spreche ich an dieser Stelle für die Überlassung des Materials meinen ergebensten Dank aus.

I.

Bei der Lösung der Aufgabe, die ich mir gestellt hatte, war ich vor allen Dingen auf die Anamnese angewiesen, doch ist diese leider nur in den allerwenigsten Fällen derart, daß wir ein

es Bild über das bisherige Leben unseres Kranken bekommen. Wir die vom Kranken selbst (besonders wenn er an der Paralyse nakt ist) gegebenen anamnestischen Daten nur mit allerer Vorsicht verwenden dürfen und eigentlich nur auffassen als ein Produkt seiner Geistestätigkeit, die wir beurteilen n, nicht aber die von ihm gemachten Angaben ohne weiauch als facta ansehen dürfen, sind wir auf die oft mangelobjektive“ Anamnese durch die Verwandten und Bekannten wiesen. Auch hier sind die Verhältnisse für die Paralyse instiger als bei dem Durchschnitt der übrigen Kranken. end von letzteren die Mehrzahl in jüngeren Jahren erkranken, len sich die Paralytiker meist in einem Alter, wo ihre Eltern, m besten Auskunft geben könnten, längst tot sind. Sie sind verheiratet und den übrigen Familienmitgliedern aus dem htskreis geschwunden, während die Frau über die Zeit vor erheiratung meist völlig unwissend ist, ganz besonders über ige Familienanlagen usw. Wir haben also bei der Anammit Fehlerquellen zu rechnen, die für die Paralyse noch r sind als bei den andern Psychosen. Es werden die posiAngaben über endogene Veranlagung im allgemeinen gere sein wie in Wirklichkeit, aber bei der Paralyse en wir schon von vornherein etwas geringere Werte eren als bei den andern, auch wenn wir annehmen, daß ihr die Rolle der endogenen Veranlassung nicht weniger tig ist.

Bei der Entscheidung der Frage: endogen oder nicht? spielt wesentlichste Rolle die hereditäre Belastung. Man darf i allerdings nicht vergessen, daß die Hereditätsforschung aus chen Gründen oft eine sehr unsichere Sache ist.¹⁾ Ist die Beung bei jemandem ausgeschlossen, so hindert das nicht, daß Betreffende doch aus inneren Gründen erkranken kann; ander kann sich auch die Vererbbarkeit einer Anlage verlieren. r im allgemeinen ist doch die Heredität, wenn sie vorhanden

¹⁾ Vergl. *Rieger*, Festschrift für *Werneck*. Fischer, Jena 1905 (S. XI, r semper incertus etc. Absichtliche Verschweigung); vergl. auch *Möbius* tzsche, S. 8ff).

ist, das beste Kriterium für die Beurteilung der endogenen Veranlagung. Während die meisten Untersucher sich darauf beschränken haben zu erforschen, wie oft bei der Paralyse hereditäre Belastung vorliegt oder nicht, habe ich festzustellen gesucht, ob diese Belastung bei der Paralyse weniger häufig zu finden ist, als bei denjenigen Erkrankungen aus dem Gebiet der Psychiatrie, von denen heutzutage gemeinhin angenommen wird, daß sie endogener Entstehung sind. Damit wir aber irgendwelche Schlüsse zu ziehen berechtigt sind, ist es erforderlich, daß wir vergleichbare Werte für beide Gruppen haben. Vergleichbar sind die Resultate nur dann, wenn sie beide auf dieselbe Art gewonnen sind, wenn das zugrunde liegende Material gleichmäßig ist und von denselben Beobachtern in derselben Zeit gesammelt worden ist. Daß eventuell Fehlerquellen vorhanden sind, wird, da diese für beide Gruppen dieselben sind, keinen Einfluß auf das Endresultat haben. Wir müssen uns nur darüber klar sein, daß die von uns gefundenen Resultate keine absoluten Zahlen darstellen sollen, sondern nur Vergleichswerte.

Um diesen Zweck zu erreichen, habe ich gleichzeitig die Rolle der erblichen Belastung bei den andern im Laufe der letzten 15 Jahre in der Würzburger Klinik aufgenommenen Kranken (mit „endogener“ Psychose) untersucht. Um die Arbeit nicht zu sehr auszudehnen, will ich nur ganz kurz das Endresultat dieser Berechnung bringen, denn auf dieses allein kommt es hier an. Bei den andern nicht paralytischen und zu den sogenannten endogenen Psychosen gerechneten Fällen war hereditäre Belastung sicher nachzuweisen in 38% der Fälle. Sichere Belastung habe ich nur dann angenommen, wenn mindestens eine Psychose in der nahen Blutsverwandtschaft in ganz einwandfreier Weise nachgewiesen war. Genau dieselben Bedingungen betr. Entscheidung, ob sicher belastet oder nicht, sind auch bei der Paralyse entscheidend gewesen. Zweifelhafte, aber doch sehr wahrscheinliche Belastung war noch in 11,2% der Fälle vorhanden. Auf alle anderen ätiologischen Momente habe ich bei diesen Psychosen nicht geachtet, auch nicht auf die Syphilis, weil gerade bei ihr aus Gründen, die ich weiter

genauer ausführen werde, keine mit der Paralyse vergleich-
Resultate erwartet werden dürfen¹⁾ (vergl. S. 658).

Gehen wir nun zu den Paralysen über. Es handelt sich
im ganzen um 268 Fälle. Ich will vorweg bemerken, daß
nur solche Fälle mitgezählt habe, in denen die Diagnose
ellos war. Eine ganze Reihe von solchen, die zweifelhaft
n. habe ich einfach weggelassen.

Von diesen 268 Paralysen haben 170 gar nichts auf-
lesen, was mit irgendwelcher Bestimmtheit auf eine
gene Anlage hingewiesen hätte; weder ist bei einem
er 170 Krankheiten eine sichere erbliche Belastung
anden in dem Sinne, wie ich sie oben definiert habe,
war bei einem von diesen die psychische Beschaffen-
derart, daß der Betreffende schon einmal vor Aus-
h der Paralyse ein Objekt der Psychiatrie geworden
oder wenigstens zu werden verdient hätte.

Bei den andern 98 Paralysen war aber entweder die
oder die andere dieser beiden Voraussetzungen ge-
en, in vielen von ihnen sogar die beiden. Diese Gruppe,
also 36,6 % aller Fälle einschließt, umfaßt nur diejenigen
in welchen wir über völlig sichere Angaben betr. dieser
en Punkte verfügten. Alle zweifelhaften Fälle habe ich zur
n Gruppe von 170 Kranken gezählt.

Vergleichen wir nun die Zahl 36,6 % mit der Zahl derjeni-
die wir als Resultat für die Belastung bei den nicht para-
hen Erkrankungen herausgefunden hatten, nämlich 38 %,
ehen wir, der Unterschied ist nicht so groß, wie man nach
allgemein verbreiteten Ansichten hätte erwarten sollen. Wir
en allerdings nicht übersehen, daß, während die Angabe über
andern Erkrankungen sich bloß auf die hereditäre Belastung
eht, in der Zahl 36,6 % auch diejenigen mit inbegriffen sind,
welchen sich die Paralyse auf einem direkt krankhaften Boden
wickelt hat. Meist ist allerdings in diesen Fällen auch die
iche Belastung vorhanden gewesen, aber in wenigen, im ganzen

¹⁾ Nebenbei will ich erwähnen, daß an der Würzburger Klinik etwas
: 9 % aller Aufnahmen auf Paralytiker fallen.

15 Fällen, waren über Heredität keine positiven Angaben gemacht worden. So kommt es, daß wir nur berechtigt sind von 83 Patienten mit Bestimmtheit hereditäre Belastung anzunehmen d. h. sichere erbliche Belastung war in 31 % der Paralyse vorhanden.

(Wir sehen also, daß die Häufigkeit der hereditären Belastung bei der Paralyse nicht viel geringer ist als bei den übrigen Psychosen.)

Ich habe schon oben darauf hingewiesen, daß wir bei der Paralyse wegen der ungünstigen Verhältnisse schon von vorn herein niedrigere Werte zu erwarten haben, ob aber dies eine ausreichende Erklärung dafür gibt, warum die Zahlen hier etwas niedriger sind, oder ob da noch andere Gründe mit im Spiel sind, das will ich erst später genauer ausführen.

Wenden wir uns nun zur Analyse der Fälle, welche in Sinne einer endogenen Veranlagung verwandt werden können.

Zunächst ist wohl die Frage der gleichartigen Vererbung zu behandeln. Die meisten hierher gehörigen Fälle hat *Marc* schon in seiner zitierten Arbeit veröffentlicht. Ich kann seinen Fällen allerdings noch drei weitere anfügen.

In dem ersten handelt es sich um Vater und Sohn, die beide an Paralyse gestorben sind, und auch die Mutter war psychopathisch veranlagt, sie war „sehr nervös“, aufgeregte, und dem Trunke ergeben.

Ihnen schließt sich an ein Geschwisterpaar. Der eine von ihnen Sebastian Kreß, kam schon 1880 in die Klinik mit ausgesprochener Paralyse, der er dann auch erlag. Er hat keine Exzesse verübt und nie Lues akquiriert. Sein Bruder, Gerhard Kr., kommt zehn Jahre später in die Klinik im Alter von 50 Jahren. Auch bei ihm ist der Befund und der Verlauf charakteristisch für Paralyse. Er hat allerdings sicher Lues gehabt, aber schon mit 22 Jahren. Also 29 Jahre vor dem Eintritt in die Klinik, und da er bis zu seinem 49. Jahre niemals Anzeichen von beginnender Paralyse aufgewiesen hat, fällt die Infektion bei ihm 28 Jahre vor dem Beginn der Paralyse. Es ist dies jedenfalls zum mindesten eine ungewöhnlich lange Zeit, nach *Fournier* wäre schon ein Intervall von 20 Jahren außergewöhnlich lang.

Schließlich als letzter Fall gleichartiger Vererbung ist, da ich einen Fall von Geschwistern nicht benutzen will wegen etwas unsicherer Diagnose bei dem einen von ihnen, ein Krankenpaar zu erwähnen, dessen Väter Brüder waren. Von Lues läßt sich weder bei dem einen noch bei der andern irgend etwas nachweisen.

Andreas Kimmel, 49 Jahre alt, tritt am 16. Juni 1894 in die Klinik ein, bleibt darin bis zum Tode (4. April 1897). Gesteigerte Reflexe, Fußklonus, hochgradiger Spasmus, charakteristischer Geisteszustand. Die Sektion bestätigt die Diagnose. Am 26. Januar 1905 tritt in die Klinik ein Katharina Dippold, ein Geschwisterkind, die nach acht Monaten in der Klinik an typischer Paralyse stirbt.

Die Lues war in beiden Fällen ganz bestimmt in Abrede gestellt worden. Weder Aborte, Fehlgeburten oder irgendwelche andere Anhaltspunkte, die einen Verdacht auf Lues hätten rechtfertigen können, waren nachweisbar.

Weit häufiger als diese gleichartige Vererbung treffen wir die ungleichartige. In der übergroßen Mehrzahl der Fälle handelt es sich, soweit darüber überhaupt Gewißheit zu erlangen war, in der Anamnese um Fälle von Idiotie, Epilepsie und Paranoia, weniger häufig um solche, welche der Gruppe des primären Schwachsinn angehören, und relativ am seltensten handelt es sich um Zustände, die der manisch-depressiven Gruppe angehören.

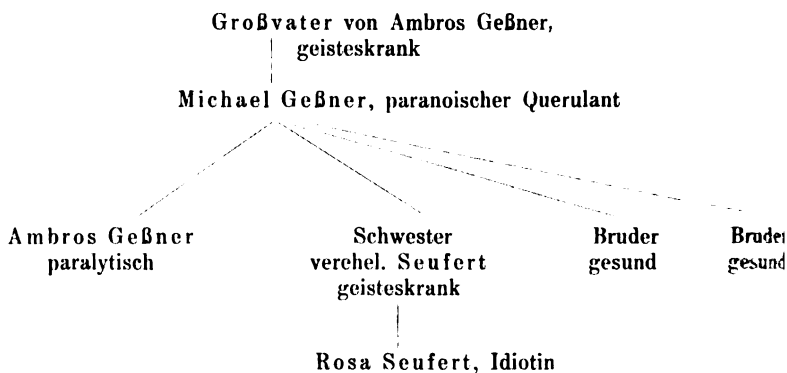
Hereditäre Belastung in der Aszendenz, ohne daß die Betroffenen aber früher selbst irgendwie psychisch aufgefallen wären, war in 50 Paralyseu vorhanden. Ich kann selbstredend nicht alle genau beschreiben, sondern will nur einige wenige, die ich für die wichtigsten halte, bringen.

Dorothea Bohn ist die Tochter eines notorisch epileptischen Mannes und dessen mit ihm blutsverwandten (Geschwisterkind) Frau. Sie ist also doppelseitig belastet. Trotzdem kommt es bei ihr nicht zu einer „endogenen“ Geisteskrankheit, sondern zu einer Paralyse. Von Lues ist bei ihr nichts nachzuweisen.¹⁾

Andere Fälle, wie die beiden folgenden, weisen eine noch schwerere Belastung auf.

Ambros Gessner aus Brunn, 49 Jahre alt, Eintritt in die Klinik am 30. Juni 1905. Sein Vater, Michael, ist ebenfalls wegen Geistesstörung in der Klinik gewesen, und auch der Großvater war psychisch abnorm. Eine Schwester ist gleichfalls geisteskrank und hat eine idiotische Tochter, welche gleichfalls schon in der Klinik war. Der kranke Ambros G. hat einseitige Pupillenstarre und auch der psychische Zustand ist ganz charakteristisch für Paralyse.

¹⁾ Was die Luesfrage betrifft, so verweise ich auf die weiter unten folgende zusammenfassende Darstellung.



Eine Kranke, deren Journal ich schon anderweitig veröffentlicht habe,¹⁾ und die beim Eintritt das psychische Bild der Melancholie geboten hatte, wies auch eine derartig schwere Belastung auf, daß man beinahe versucht gewesen wäre, an der Diagnose Paralyse wankend zu werden, wenn nicht die Pupillenstarre, sowie übrigens auch der ganze Verlauf die Diagnose in diesem Sinne bestätigt hätte.

Dorothea Huppmann. Keine Anhaltspunkte für luische Affektion. In der Familie sind sehr viele abnorme Menschen. Schon der Großvater soll merkwürdig gewesen sein. Der Vater (namens Popp) galt als ein Sonderling, der sehr aufgeregt war. Er hatte einen Bruder, der Irrenpfündner im Julius-spital gewesen ist. Ihre sämtlichen Geschwister sind abnorm, reizbar und aufgeregt. Ein Bruder, der 47 Jahre alt ist, heißt im Volksmund nur der „Poppennarr“.

Hiermit verlasse ich die Belastung in der Aszendenz und gehe zur Deszendenz der Paralytiker über, die ich aber nur ganz kurz berühren will. Ich habe sechs Fälle finden können, in denen die Kinder von Paralytikern zweifellos geistesgestört gewesen sind. Ihre Zahl würde wohl größer sein, aber ich habe nur diejenigen berücksichtigen können, wo die Geisteskrankheit bei den Kindern entweder schon vor der Erkrankung an Paralyse aufgetreten war, oder wo wenigstens Kinder der Betreffenden nachträglich ebenfalls in die Klinik aufgenommen worden sind.

Es kann infolgedessen diese Gruppe nur einen verschwindend kleinen Teil derjenigen Fälle ausmachen, die nun tatsächlich bei Nachkommen von Paralytikern aufgetreten sind.

¹⁾ Arch. für Psych. 41, S. 541.

Es ist bei den Deszendenten der Paralytiker nicht immer ausgeschlossen, daß die hereditäre Belastung von seiten des andern Ehegatten stammen könne. In unsern sechs Fällen ist aber von derartiger Belastung (abgesehen von der Paralyse des einen) niemals etwas vorhanden gewesen. Ein anderer Einwand, den man machen könnte, ist der, daß die Abnormität der Deszendenten einfach eine Folge hereditärer Lues sein könne. Aber abgesehen von einem Falle, wo die Paralyse übrigens bei einem von jeher abnormen, extravaganen, leidenschaftlichen Menschen aufgetreten war, ist niemals etwas von hereditärer oder erworbener Lues festzustellen gewesen.

In dem einzigen dieser sechs Fälle, wo die Lues sicher vorhanden war, erkrankte die Tochter an Hebephrenie, eine Krankheit, für deren Entstehung die Lues wohl nicht in Betracht kommen dürfte. Was die andern fünf Fälle betrifft, so hatte in dem einen der paralytische Vater fünf Kinder. Von ihnen waren drei Töchter an primärem Schwachsinn erkrankt. Zwei Söhne waren anscheinend gesund, der eine verlor ein Kind an Eklampsie. Der Sohn eines zweiten kam wegen Paranoia in die Klinik. Eine Kranke hatte zwei idiotische Söhne, eine andere ebenfalls einen Idioten, und schließlich der letzte in Betracht kommende Paralytiker hatte einen Sohn, der an zirkulärer Geistesstörung litt.

Bisher haben wir nur solche Fälle behandelt, in denen die Paralyse aufgetreten ist bei Menschen, deren abnorme psychische Veranlagung nur in der hereditären Belastung zum Ausdruck kam, die aber selber bis zum Ausbruch der Paralyse niemals durch psychische Eigentümlichkeiten aufgefallen waren (wenn wir von dem einen Kranken absehen, der in der letzten Gruppe erwähnt worden ist). In der folgenden Gruppe sind nun alle diejenigen unterzubringen, welche bei aller erblichen Belastung zwar niemals geisteskrank gewesen sind, in deren Anamnese aber Angaben über frühere psychische Abnormitäten vermerkt sind. Ich habe in dieser Gruppe nur diejenigen berücksichtigt, die auch nachweislich belastet waren, und habe daher nur sieben Fälle in ihr untergebracht. Bei allen diesen war zweifellose Paralyse und sicher erbliche Belastung vorhanden. Über ihr Vorleben sind in der Anamnese Bemerkungen, die auf eine psychische Abnormität schließen lassen.

Der eine von ihnen war von jeher jähzornig, extravagant, ein aufbrausender Charakter; ein zweiter zeigte Hang zum vagabundieren, war ein

jugendlicher Dieb, konnte niemals etwas liegen lassen. Ein dritter, der auch von jeher für sehr aufgeregt gegolten, hatte sich schon als Knabe und auch später auffallend gekleidet, was ihm alle möglichen Spitznamen eingebracht hatte. Eine Kranke war von jeher als religiös überspanntes Wesen bekannt wieder eine andere war exzentrisch, reizbar, hat ein unstetes Leben geführt reiste viel herum. Sie hat zehn Jahre vor dem Ausbruch der Paralyse schon einmal einen Suizidversuch gemacht, und ihre Mutter hatte ihr Leben durch Erhängen beendet. Schließlich ist noch bei einer Kranken angegeben, daß sie von Jugend auf, ebenso wie ihre sämtlichen Schwestern, sehr nervös war und infolge eines Schreckes als Kind ohnmächtig geworden ist. Im Anschluß daran soll sie Veitstanz bekommen haben, der allerdings später wieder vorüberging. Was die Syphilis in diesen sieben Fällen betrifft, so ist sie nur ein einziges Mal sicher nachgewiesen worden. In einem Falle ist auf Grund des Vorlebens die Möglichkeit sehr groß, daß Lues akquiriert worden wäre. bewiesen ist es allerdings nicht.

Wenn wir in den Fällen dieser letzten Gruppe auch schon sichere Zeichen einer von jeher bestehenden psychischen Abnormität haben, so sind wir doch noch nicht berechtigt, bei ihnen von einer Psychose zu sprechen, die vor der Paralyse schon bestanden hatte. Daneben gibt es aber solche, die schon soweit ins psychiatrische Gebiet hinübergreifen, daß wir oft nicht recht wissen, müssen wir da schon von Geisteskrankheit sprechen oder nicht. Solche Fälle, die gerade an der Grenze stehen, sind folgende:

Marie Uhl, geb. 30. Oktober 1856 als uneheliches Kind in Würzburg. Über ihre früheste Jugend ist nichts bekannt, da niemand da war, der anamnestiche Daten hätte angeben können. Aber vom 18. Lebensjahr an ist ihr Leben aktenmäßig festgestellt durch ihr umfangreiches Strafregister. Zum erstenmal kam sie mit dem Strafrichter in Berührung im 18. Lebensjahre wegen Diebstahls. Es handelte sich um eine geringe Sache, Antragsdelikt. der Antrag wurde zurückgenommen. Zwei Jahre später wegen Diebstahls vier Monate Gefängnis in München, aus der Stadt auf zwei Jahre verwiesen: im Gefängnis war ihr Betragen nicht befriedigend. Sie war faul, ungehorsam. Es sei keine Hoffnung auf Besserung vorhanden.kehrte dann trotz der Ausweisung nach München zurück. Im Februar 1877 Prostituierte in Nürnberg. April desselben Jahres in München zu ein Jahr Gefängnis verurteilt wegen Urkundenfälschung. Erhielt im Gefängnis das Prädikat: unverbesserlich. Im folgenden Jahre zu zwei Jahren Gefängnis verurteilt. 1880 in Nürnberg wegen gewerbmäßiger Unzucht bestraft. Sie kam dann immer wieder in Besserungsanstalten und Arbeitshäuser, und es liegt ein sehr umfangreicher Akt über sie vor. Sie war eine der berüchtigsten Prostituierten in Würzburg. Syphilitisch ist sie Anfangs ihrer zwanziger Jahre geworden, was bei ihrem Lebenswandel nicht zu verwundern ist. In den früheren zahlreichen Unterschriften zeigt

sie immer eine sehr gute Handschrift. Es sind auch viele andere Schriftstücke von ihr vorhanden, die Intelligenz und gute Schulbildung beweisen. Dagegen war die Schrift schon 1892 viel schlechter. 1896 wurden die Unterschriften völlig paralytisch. In den letzten Jahren wurden die von ihr provozierten Skandale immer ärger, so daß sie am 18. November 1896 nach der Klinik gebracht werden mußte. Die Diagnose ist auf Grund der psychischen und der somatischen Erscheinungen zweifellos und wurde durch den Verlauf und die Sektion bestätigt.

Die lange Anamnese zeigt wohl klar, daß es sich hier nicht mehr um eine psychisch normale Person gehandelt hat, sondern, daß schon lange vor dem Auftreten der Paralyse psychische Abnormität bestanden hat. Man wird nicht zu weit gehen, wenn man annimmt, daß es sich bei dieser Kranken um angeborene Defekte auf ethischem Gebiet handelt. In ihrem Leben bildet die Syphilis ein bei ihrer Lebensführung selbstverständliches akzidentelles Ereignis, während die Paralyse den Abschluß, das Endstadium bildet. Ob dieses Endstadium nicht hätte eintreten können ohne die vorangehende Infektion mit Syphilis? Auf diese Frage will ich erst später eingehen.

Das Gegenstück zu dieser Kranken bildet der folgende Fall bei einem männlichen Individuum.

Nikolaus Eisfelder, lediger Schuhmacher aus Ebern. 40 Jahre alt. Aufenthalt in der Klinik vom 26. September 1889 bis 30. Januar 1890. Reflektorische Pupillenstarre, spastische Patellarreflexe, Ataxie, starkes Zittern, paralytische Demenz. Über ihn liegen zwei Zeugnisse vor:

Der Bürgermeister seines Geburtsortes schreibt: E. ist ein durch und durch verkommener Mensch, von Jugend auf ein Streuner, der nie Lust zum Arbeiten zeigte, und seit seinen Lehrjahren in der Welt herumzieht, mehr vom Betteln als von irgend einer Beschäftigung lebend.

Einem amtsärztlichen Gutachten ist zu entnehmen, daß der unehelich geborene E. schon als Knabe Hang zum Müßiggang und Streunen hatte. In der Schule, deren Besuch er öfter durch Hausbettel unterbrach, zeigte er bei geringer Begabung sehr wenig Fleiß und lüderliches Betragen. Nach den Lehrlingsjahren erwachte sein Hang zum Streunen. Er ist 18mal vorbestraft, davon 13 mal wegen Bettelns. Außerdem hatte er beim Militär viele Strafen. Das Gutachten schließt, daß es sich um angeborenen moralischen und intellektuellen Schwachsinn, mit Hinzutreten einer Geistesstörung und wahrscheinlichem Übergang in Blödsinn handelt. Das bezirksärztliche Gutachten nimmt an, daß es sich „um jene Form der konstitutionellen Psychosen, welche als moralisches Irresein bezeichnet, bei E. durch angeborene psychopathische Degeneration begründet und gegenwärtig kompliziert mit einer

anderen Psychose“, handelt. Diese beiden Gutachten wurden Anfang September 1889 abgegeben. In der Klinik wurde sofort die Diagnose Paralyse gestellt, welche auch durch den weiteren Verlauf bestätigt worden ist. Was Lues war in diesem Fall nichts zu erfahren.

Was die Angaben über eine von Geburt an bestehende geistige Minderwertigkeit anlangt, so muß man da vorsichtig sein und darf nicht kritiklos alles glauben. In vielen Fällen sind diese Angaben nachträglich im Sinne des „Ich hab's schon längst gewußt“, zustande gekommene Erklärungsversuche resp. Erinnerungsfälschungen von seiten der Umgebung, und deshalb hat man an der Würzburger Klinik durch genaue Nachforschungen, Einforderung von Schulzeugnissen die betreffenden Angaben zu kontrollieren gesucht, um so einen einwandfreien, objektiven Beweis dafür zu bekommen, daß der Betreffende tatsächlich schon von jeher schwachsinnig gewesen ist. In einer Reihe von Fällen ist es außerdem gelungen, eine abnorme Kleinheit des Hirnschädels zu konstatieren, was einmal mit Hilfe der *Riegerschen* Kephalogramme, dann aber in den zur Sektion kommenden Fällen durch direkte Ausmessung des Schädelinhalts an der Leiche mit Wasser nachkontrolliert werden konnte. Schließlich konnten wir in einigen Fällen das Vorhandensein einer Mikrocephalie derart feststellen, daß wir fanden, daß das Verhältnis von Großhirn zu Kleinhirn im Vergleich zu normalen Menschen zu ungunsten des Großhirns verändert war. Das Großhirn ist bei solchen Mikrocephalen relativ zu klein, d. h. die Verringerung des Hirngewichts bei ihnen ist auf Kosten des Großhirns geschehen.

Bei den Paralytikern allerdings, wo man einen größeren Schwund der Nervensubstanz erwartet und auch in einem Teile der Fälle findet, ist es oft nicht leicht, zu entscheiden, ob die Veränderung des Quotienten $\frac{\text{Großhirn allein}}{\text{Kleinhirn allein}}$ nicht am Ende eine Folge der Atrophie ist. Bei diesen Mikrocephalen aber war die Schädelkapazität genau bekannt. Man konnte also in jenen Fällen, in denen Hirnatrophie vorlag, das Gewicht des nicht atrophischen Gehirns berechnen. Aber auch mit diesem verglichen, war das Kleinhirngewicht relativ zu schwer.¹⁾

¹⁾ Vgl. *Reichardt*, Über das Gewicht des menschlichen Kleinhirns. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 63. H. 2 S. 183.

Wir haben in Würzburg gefunden, daß bei der Paralyse eine stärkere Atrophie des Gehirns keineswegs regelmäßig beobachtet wird, wenn man als Kriterium eines solchen Schwundes das Verhältnis von Schädelkapazität und Hirngewicht, bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Schädeldecke benützt. Während die Differenz von Schädelinhalt und Hirngewicht bei nicht paralytischen Menschen etwa 15 bis 20% beträgt, sind die Differenzzahlen bei Paralytikern nur selten beträchtlich höher.¹⁾ Da man andererseits festgestellt hat, daß die Paralytiker durchschnittlich relativ geringere Hirngewichte haben, wie andere, und kein Grund vorhanden ist, an der Richtigkeit dieser Angabe zu zweifeln, so muß man die Frage aufwerfen, ob dieser scheinbare Widerspruch nicht am Ende so zu lösen wäre, daß die Atrophie in der Mehrzahl der Fälle nicht sehr hochgradig ist, sondern daß das Gewicht vielleicht gerade deshalb niedriger ist, weil eben unter den Paralytikern eine ganze Reihe von Menschen sind, die schon von jeher ein relativ leichtes Hirngewicht gehabt haben, d. h. daß unter den Paralytikern relativ viele Mikrocephale zu finden wären.

Auffallend ist es jedenfalls, daß viele der von uns sezierten Paralytiker mikrocephal gewesen sind. Bei ihnen war eben in einwandfreier Weise eine genaue Bestimmung des Schädelinnenraums gemacht worden.

Ich lasse jetzt die Krankengeschichten derjenigen Idioten resp. Mikrocephalen folgen, die später paralytisch geworden sind.

1. Crescenz Hubert, 38 Jahre alt, aus Münsterschwarzach. Arbeiterfrau.

Aufenthalt in der Klinik vom 1. Oktober 1902 bis zum Tode 5. August 1905.

Im 7. Lebensjahr einige Monate lang „Veitstanz“. Sie ist von jeher idiotisch gewesen. Hat in der Schule besonders in Rechnen und gemeinnützigen Kenntnissen ganz schlechte Noten gehabt. Seit 1892 verheiratet. War nie schwanger. Von Lues ist nichts zu erfahren, auch keine objektiven Anhaltspunkte. Seit 1899 immer blödsinniger, zuletzt faul, verschwenderisch, trank, beging kleine Diebstähle.

¹⁾ Anm. b. d. Korr.: Nach meinen seither gemachten Feststellungen an Leichen von Paralytikern der Basler Klinik scheinen die Differenzzahlen doch nicht so selten höher zu sein. Vielleicht liegt der Unterschied darin, daß in Würzburg, als einer Durchgangsstation, vorwiegend schnell verlaufende Fälle zur Sektion kommen und fast keine chronischen.

Status. Reflektorische Pupillenstarre, gesteigerte Patellarreflexe. **spastische** Flexionskontraktur des ganzen Körpers und der Extremitäten. **Anfälle** und hochgradigste Demenz. Die Diagnose wird durch die Sektion **bestätigt**. Hirngewicht 820 g mit weichen Häuten. Großhirn allein 600 g, Kleinhirn 115 g. Quotient 5,2.

Schädelinhalt nur 1200 ccm, dabei ist der Schädel **nicht sehr** dick. Differenz zwischen Schädelinhalt und Hirngewicht 32 0/0.

Wir haben hier eine Kranke, die von Haus aus **idiotisch** ist, was sowohl durch die mündliche Anamnese, wie durch die Schulzeugnisse bewiesen wird. Zudem bestand hier **Mikrocephalie**, was durch den Schädelinhalt und den $\frac{\text{Großhirn-}}{\text{Kleinhirn-}}$ quotienten bewiesen wird. Auf dem Boden dieser Idiotie und Mikrocephalie hat sich dann später eine Paralyse entwickelt.

2. Anna Baldauf, 43 Jahre alt, Zugeherin aus Würzburg. In der Klinik vom 2. Januar 1904 bis zum Tod 1. Juli 1904. Von luischer Infektion ist nichts festgestellt. Sie soll von jeher sehr dumm gewesen sein. in der letzten Zeit aber noch blödsinniger geworden sein. **Zerstreut**, vergeblich usw.

Fehlen der Patellarreflexe, Ataxie, paralytische Anfälle. Die Sektion und histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose **progressive Paralyse**. Schädelinhalt nur 1180 ccm.

Hirngewicht 1120 g. Hirnswellung!¹⁾ Kleinhirn 130 g.

Quotient $\frac{\text{Großhirn}}{\text{Kleinhirn}} = 7,2$.

Also auch hier angeborener Schwachsinn mit Mikrocephalie. Der Quotient 7,2 ist zwar annähernd normal, aber da erfahrungsgemäß bei der Hirnswellung fast ausschließlich das Großhirn beteiligt ist, sind wir einigermaßen berechtigt anzunehmen, daß in normalen Zeiten der Quotient kleiner und somit das Kleinhirn relativ zu schwer gewesen sein muß.

3. Eva Stretz, von Würzburg (schon beschrieben Arch. f. Psych. 41 S. 538, Dreyfus, Inanition).

Uneheliches Kind einer Tagelöhnerin. Aus den requirierten Schulzeugnissen ist zweifellos zu entnehmen, daß sie schlecht gelernt hat und sehr schwach begabt war. Mäßige Anlagen, besonders das Rechnen war sehr schlecht. Als Kind häufig gebettelt, lüderlich und nachlässig im Schulbesuch. Hat mehrere uneheliche Kinder, auch einige eheliche. Nur ein Abortus.

¹⁾ Vgl. Reichardt. Hirnswellung. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XXVIII, S. 335.

sonst nichts, was auf Lues verdächtig wäre. Auch der Ehemann weiß nichts darüber anzugeben.

Diagnose ist sichergestellt durch den charakteristischen euphorisch-mentalen Geisteszustand, Westphalsches Zeichen, das Ergebnis der Lumbalpunktion und die Stoffwechselschwankungen. Auch sie ist mit ihrer Idiotie mikrocephal. Der mutmaßliche Schädelinhalt nach dem Kephalogramm beträgt nur 1260 ccm, bei normaler Körpergröße.

4. Rosine Metz, 50 Jahre alt, aus Waldberg. In der Klinik vom 8. Januar 1899 bis zum Tod 29. April 1901. Unehelich geboren, hat selbst einige uneheliche Kinder. Die Schulzeugnisse beweisen, daß sie sehr geringe Begabung ist. Rechnen, Rechtschreiben, Aufsatz mangelhaft bei gutem Betragen. Ein unehelich erzeugter Sohn scheint ein geradeso verkommener Mensch zu sein wie seine Mutter. Reflektorische Pupillenstarre, paralytische Demenz, Anfälle.

Auch in diesem Falle ist also eine frühere Idiotin paralytisch geworden. Mikrocephal war allerdings diese nicht. Daß sie Lues gehabt hätte, dafür ließen sich keine Anhaltspunkte finden. Gelegenheit sie zu erwerben scheint sie bei ihrem Leben wohl gehabt zu haben.

5. Karl Schöinig, 67 Jahre alt, tritt ein am 5. August 1904.

Die Schulzeugnisse liegen zwar nicht vor, aber es ist in Erfahrung zu bringen, daß er von jeher intellektuell nicht vollwertig war. Es ist ihm nie gelungen das Schreiben zu lernen, während er einigermaßen gut rechnen und lesen konnte. Es läßt sich nichts von überstandener Syphilis feststellen, und seinem ganzen Vorleben nach scheint es sehr unwahrscheinlich, daß er habe Syphilis akquirieren können.

Status: Keine Zeichen überstandener Lues. Periphere Arteriosklerose. Sehr enge Pupillen. Prompte Reaktion. Patellarreflexe fehlen. Gang und Bewegungen leicht ataktisch. Stimmung ist ein rascher Wechsel von kritikloser Euphorie und Depression. Seine Reden sind ein buntes Gemisch von kritiklosen Größenideen, Erinnerungsfälschungen und anscheinend tatsächlich Erlebtem. Koprophagie. Kann noch ziemlich gut rechnen.

Wird in eine Anstalt verbracht, aus welcher zwei Monate später berichtet wird, daß der Zustand schlimmer geworden sei. Kann jetzt gar nicht mehr rechnen, auch sonst deutlicher intellektueller Rückgang, Gedächtnis- und Urteilsschwäche. Miosis im Zunehmen. Passagere Pupillendifferenz L > R, träge Lichtreaktion. Patellarreflexe fehlen.

6. Anna Ritzler, 47 Jahre alt, aus Großlangheim. Eintritt 16. Februar 1897.

Aus der Heimatgemeinde kommt ein längerer Bericht über das Vorleben, gleichzeitig mit den Schulzeugnissen. Die Noten des letzteren sind alle sehr schlecht, abgesehen von Note I für Betragen und II für den Fleiß. .R. ist außerehelich geboren, über Heredität können also keine genügenden

Daten vorhanden sein. Mangelhafte geistige Entwicklungsfähigkeit und vernachlässigte Erziehung. In späteren Jahren ergab sie sich einem unsittlichen Lebenswandel (auf dem Lande), hatte zwei Kinder, welche starben. Hiess sie sich oft nachts in Schäferhütten auf oder schlief auf dem Boden ihrer Armerwohnung.

Die Mutter ist kein Genie, aber doch geistig normal, während die Schwester eine hochgradig hysterische und sehr exzentrische Person ist.“

Die frühere Idiotin leichten Grades wurde in der letzten Zeit noch in viel höherem Maße blödsinnig. Daß „exogene“ Momente für ihre jetzige Krankheit vorliegen, ist zwar nicht bewiesen, aber nach ihrem Vorleben leicht möglich.

Status: Pupillen träge, paralytische Sprache, stark taumelnder Gang, trophische Störungen, hochgradige Demenz. Die Sektion bestätigte die Diagnose. Schädelinhalt 1200 ccm. $\frac{\text{Großhirn-}}{\text{Kleinhirn-}}$ quotient spricht auch für Mikrocephalie.

Also auch hier wieder eine Kranke, die idiotisch und mikrocephal ist, bei hereditärer Belastung, und bei der sich später eine Paralyse entwickelt.

7. Therese Benkert. Genaue Krankengeschichte in der Inaugural-Dissertation *Eckel*, Spontanfrakturen bei Paralyse, Würzburg 1906. Auch sie war zweifellos angeboren schwachsinnig. Der dünne Schädel hatte nur eine Kapazität von 1200 ccm, der $\frac{\text{Großhirn-}}{\text{Kleinhirn-}}$ quotient war auch niedriger als gewöhnlich, so daß auch bei ihr die Diagnose Mikrocephalie gestellt werden kann. Von Lues war bei ihr nichts zu ermitteln.

8. Dorothea Utz, unehelich geboren, aus Würzburg 1856. Hat in der Schule immer in allen Fächern die Note 4 gehabt. Ist demnach ziemlich idiotisch von Haus aus. Sehr vernachlässigte Jugend. War in einer Rettungsanstalt untergebracht worden. Daraufhin Bauernmagd, heiratete einen Bauernknecht, mit dem sie dann nach Würzburg zog. Sie hat mehrere gesunde Kinder, hat nie abortiert. Auch sonst spricht nichts dafür, daß sie einmal syphilitisch gewesen wäre. In der letzten Zeit wurde sie immer blödsinniger, nachlässig, unreinlich.

Status: Miosis beiderseits, reflektorische Pupillenstarre, spastische Patellarreflexe usw. Diagnose durch die Sektion bestätigt. Schädelinhalt nur 1120 ccm; dabei kann der Schädel nicht auffallend dick gewesen sein. Das Kleinhirn ist hier allerdings sehr leicht, so daß der Quotient $\frac{\text{Großhirn-}}{\text{Kleinhirn-}}$ relativ groß ist.¹⁾ Es ist nicht ausgeschlossen, daß es sich um isolierte Kleinhirnatrophie handelt.

¹⁾ Es wäre dies eine Art „Nanoccephalie“.

9. **Margarete Hesselbach**,¹⁾ geboren 27. März 1867.

In der Klinik vom 29. Januar 1892 bis 16. Juli 1895. Vater seit 1864 arker Potator. 1880 6 Wochen lang wegen Geistesstörung in Werneck. Er hat dort einen Anfall gehabt mit Bewußtlosigkeit, Sprachlosigkeit, erschwerter Stimmung (Alkoholepilepsie?). Daß er Lues gehabt habe, darüber ist nichts bestimmtes bekannt. Gonorrhoe und Ulcus molle hat er gehabt, aber es läßt sich nicht beweisen, daß er Syphilis gehabt hätte. Auch bei dieser Krankheitsschienen sich keine Zeichen hereditärer Lues nachweisen. Sie ist noch Virgo. War schon in der Schule beschränkt, vom 17. Lebensjahr an wurde die Demenz immer stärker.

Status: Pupillenreaktion auf Licht sehr träge. Patellarreflexe fehlen, taxie, paralytische Demenz. Diagnose durch Sektion bestätigt. Der Quotient $\frac{\text{Großhirn}}{\text{Kleinhirn}}$ war niedrig, der Schädelinhalt betrug 1170 ccm. Der Schädel war zwar etwas dick, war aber auch während des Lebens schon durch seine Kleinheit aufgefallen. Der mutmaßliche Inhalt nach dem Kephalogramm hatte nur 1240 ccm betragen.

Also auch hier ausgesprochene Mikrocephalie bei angeborenem Schwachsinn, auf dessen Boden sich die Paralyse entwickelt hat.

Zu diesen bis jetzt beschriebenen neun Fällen sind noch sechs hinzuzufügen, in denen ebenfalls aktenmäßig festgestellt ist, daß in angeborener Schwachsinn bestanden hat. Da sie nichts wesentlich anderes bringen, als das bisher an der Hand der anderen Fälle ausgeführte, kann ich wohl auf eine eingehendere Schilderung verzichten.

Als Anhang will ich nur ganz kurz eine Kranke erwähnen, Rosa Voll, 6 Jahre alt, aus Premich, welche zwar nicht angeboren schwachsinnig gewesen zu sein scheint, bei welcher aber trotzdem eine Mikrocephalie bestand. Der Schädelinnenraum betrug hier nur 1200 ccm, ist also sehr gering, dabei ist der (in der Sammlung konservierte) Schädel nicht besonders dick, es ist ein abgesehen von der Kleinheit, ganz normaler Schädel.

Auffallend ist es, daß gerade diese Gruppe von Paralytikern eine relativ geringere Menge von erblicher Belastung aufweist, und doch wird man gerade bei ihnen wohl am wenigsten die abnorme psychische Anlage in Zweifel ziehen können. Allerdings ist gerade bei diesen Kranken die außereheliche Geburt häufig. Dadurch ist

¹⁾ Vgl. *Dreyfus*, Inanition. Arch. f. Psych., Bd. 41, S. 536 Fall 6.

von vornherein ausgeschlossen, über die hereditäre Belastung von seiten des Vaters irgend etwas zu erfahren.

Seltener wie die angeboren Schwachsinnigen und Mikrocephalen, aber gerade so sicher wie sie auf endogener psychopathischer Anomalie beruhend, sind die Epileptiker. Ich habe von ihnen viele Fälle herausfinden können.

Der eine litt schon lange Jahre an eigentümlichen Krampfanfällen, von einer oberen Extremität ausgingen, deren Eintreten er merkte, und dem Bewußtlosigkeit folgte.

Der zweite Patient, Conrad Weiß, hatte schon mit 30 Jahren regelmäßig seine epileptischen Anfälle; seine Frau, die ein merkwürdiges Registentalent besaß, hatte sämtliche Anfälle gewissenhaft auf dem Wandkalender aufgeschrieben und die sämtlichen Kalender aufbewahrt. Von Lues ist bei diesem Kranken nichts zu finden gewesen. Zehn Jahre nach dem Auftreten dieser epileptischen Anfälle machten sich die ersten Zeichen der Paralyse bemerkbar. Daß auch die früheren Anfälle schon ein Zeichen der beginnenden Paralyse sein könnten, ist wohl ausgeschlossen; denn eine Paralyse, welche mit derartig häufigen Anfällen einherginge, würde wohl sicher viel rascher zum Tode geführt haben.

Eine dritte Kranke, Margarete Müller, 43 Jahre alt, aus Oberndorf, die im Jahre 1905 in der Klinik gestorben ist, hatte einen Bruder, der auch epileptisch war. Die Mutter war ebenfalls geistig nicht ganz normal gewesen.

Schon 15 Jahre vor der Aufnahme, also im Jahre 1886, als sie etwa 24 Jahre alt war, hatte sie einen Anfall von Bewußtlosigkeit ohne Lähmung, Krämpfe im rechten Arm, Verwirrtheit, Sprachlosigkeit. Von da an wiederholten sich die Krämpfe alle 8—14 Tage. Erst 1897 machten sich die ersten Anzeichen zunehmender Geistesschwäche bemerkbar. Der weitere Verlauf war ziemlich langsam. Am 30. Oktober 1901 kam sie in die Klinik und starb dort am 23. April 1905. Im Leben hatten reflektorische Pupillenstarre, spastische Kontrakturen, völlige Demenz usw. bestanden. Die Sektion bestätigte die Diagnose Paralyse.

Auch hier ist es wohl sicher auszuschließen, daß die schon 1886 bestehenden, regelmäßig auftretenden Anfälle schon paralytischer Natur gewesen sein könnten.

Der vierte Fall endlich betrifft einen 67 Jahre alten Bauern Ehrhard Sand aus Remlingen, der 1890 in die Klinik eintrat.

Seine Mutter litt an Migräne, eine Schwester ebenfalls. Sein Bruder ist unheilbar geisteskrank, und eine Tochter ist taubstumm. Seit 1859, also seit seinem 36. Lebensjahre, hat er Anfälle von Bewußtlosigkeit — fiel dabei vom Stuhl herunter —, blieb jedesmal einen Tag lang nachher

men. Die Anfälle kehrten etwa alle Jahre einmal wieder. In den ger Jahren hat er an melancholischer Verstimmung gelitten. Seit sechs n häufen sich die Anfälle, ihr Charakter ist derselbe geblieben; gleichstellen sich Anzeichen von beginnender Paralyse ein. Jetzt (1890) it Pupillenstarre, Fußklonus usw., Demenz. Die Diagnose ist ganz

Daß die Anfälle von 1859 schon durch Paralyse bedingt sein ten, wird wohl niemand im Ernste behaupten. Denn eine lyse, die zu ihrer Evolution 31 Jahre braucht, wird es wohl geben.

Es kämen noch zwei Fälle hinzu, aber ich will sie nicht enden, weil in dem einen die Diagnose Paralyse trotz der enz und der aufgehobenen Patellarreflexe nicht ganz sicher und in dem andern es nicht ausgeschlossen ist, daß die ptiformen Anfälle doch schon ein Zeichen der bestehenden lyse gewesen sind.

Noch schwieriger ist oft die Entscheidung, wenn es sich um i der Paralyse vorausgehenden psychischen Krankheitsprozeß elt, der unter dem Bild einer sog. „funktionellen“ Psychose uft. Wenn es sich da nur um wenige Jahre handelt, wie in dem Fall *Fausers*: Endogene Symptome bei exogenen kheitsformen (Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 62), wird man wohl immer dahin entscheiden, daß es sich tatsächlich schon Paralyse gehandelt hat.

Aber wenn man schon in der Mehrzahl der Fälle annehmen , daß es sich um eine scheinbar „funktionelle“ Episode im nne der „organischen“ Erkrankung handelt, so gibt es dennoch ganze Reihe von Beobachtungen, bei denen man mit Bestimm- annehmen kann, daß die erste Psychose noch nicht paralytischer ir gewesen ist. Es sind solche Fälle als sekundäre Paralysen, Kombination von zwei Psychosen und als Komplikation einer tionellen Psychose durch hinzutretende Paralyse beschrieben den, unter anderen von *Calmeil*,¹⁾ *Hoestermann*,²⁾ *Voisin*,³⁾

1) *De la paralysie considérée chez les aliénés*. Paris 1826.

2) *Hoestermann*, Über sekundäre progressive Paralyse. Allg. Zeitschr. ych. Bd. 32.

3) *Voisin*, *Traité de la paralysie générale des aliénés*. Paris 1879.

Mendel,¹⁾ *Tarien*,²⁾ *Hoogberg*,³⁾ *Richter*,⁴⁾ *Frey-Svenson*,⁵⁾ *Baer*, *Joffroy* und *Gombault*,⁷⁾ *Lundborg*⁸⁾ und anderen⁹⁾ beschrieben worden, wobei allerdings nicht unmöglich ist, daß besonders bei den älteren einige verdächtige Beobachtungen sein können.

Die meisten werden aber wohl unter diese Kategorie zu rechnen sein, und auch unter unseren Fällen haben sich einige gefunden, die hierher gehören. Etwas zweifelhaft ist allerdings vielleicht die Entscheidung in folgendem Fall:

H. J. aus Z., hervorragender Gelehrter, geb. 1853, tritt zum erstenmal in die Klinik ein im März 1898. Vater gestorben an Tuberkulose, Mutter starb ganz plötzlich unter Umständen, die auf Epilepsie verdächtig sind. Ein Sohn von einer Mutterschwester ist epileptisch gewesen und im Status epilepticus gestorben. Patient selbst hat von jeher gestottert, auch eine Schwester und der zweitälteste Sohn stottern. Patient war von jeher sehr tüchtig gewesen, hat in allen Fächern, besonders in Sprachen, sehr viel geleistet, war aber merkwürdigerweise von jeher für das Rechnen ganz unbegabt gewesen. Er wuchs in gesunden ländlichen Verhältnissen auf. Schon aus der Kindheit werden Vorfälle berichtet, die am besten durch „Hysterie“ erklärlich wären. Wenn er zornig oder heftig wurde, wurde er ganz steif, konnte einige Stunden lang weder schreien noch sprechen, hatte oftmals Ohnmachtsanfälle im Anschluß an ganz unbedeutende äußere Veranlassungen, auch als Student noch aber nie ohne äußeren Anlaß. Von Zeit zu Zeit traten plötzliche unmotiviert traurige Verstimmungszustände ein.

Er hat ein bewegtes Leben hinter sich, hat eine sehr rasche, glänzende Karriere gemacht, kann gewissermaßen als Genie¹⁰⁾ in seinem Fache bezeichnet werden.

1) *Mendel*, Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880.

2) *Tarien*, Paralyse générale succédant à une manie existant depuis 11 ans. Annal. médic.-psychol. 1888, pag. 401.

3) *Hoogberg*, Beiträge zur Ätiologie der progressiven Paralyse. 1892.

4) *Richter*, Dementia paralytica als Kombination einer Paranoia hallucin. Allg. Zeitschr. Bd. 55.

5) *Frey-Svenson*, Beiträge zur Statistik der allgemeinen progressiven Paralyse. Psych. Wochenschr. 1899 Nr. 14.

6) *Baer*, Die Paralyse in Stephansfeld. Inaug.-Diss., Straßburg 1901 S. 79 ff.

7) *Joffroy et Gombault*. Arch. de Neurologie 1900, X, pag. 252.

8) *Lundborg*, Dementia paralytica bei einem Ehepaar. Psych.-neurol. Wochenschr. 1902. S. 301.

9) Auszuschließen sind die Fälle, wo zu einer bestehenden Geisteskrankheit Tabes hinzukommt.

10) Ich will ganz kurz die Frage betr. den Zusammenhang von Genie

Seit 1884 ist er verheiratet. Er hat drei gesunde Kinder, abgesehen von dem Stottern des einen. Daß er Syphilis gehabt habe, ist so gut wie ausgeschlossen. Trotz der eingehendsten Nachforschungen läßt sich für die Annahme einer Infektion, gegen deren Möglichkeit er selber und auch die Angehörigen ganz energisch protestieren, auch nicht die Spur eines Anhaltspunktes finden.

Im Frühjahr 1898 im Anschluß an eine starke Furunkulose und an die Inzision eines besonders großen Furunkels auf dem Kopf wieder ohnmachtsähnliche Zustände, sowie Aufregung und Bewußtseinstrübungen. Setzte vier Wochen die Arbeit aus, fing dann wieder an, wurde aber bald aus rein nervösen Gründen zur Arbeit unfähig, beurlaubt, und kam am 13. März in die Klinik.

Status: Körperlich keine Abnormitäten, insbesondere nichts, was für Paralyse spräche. Intelligenz gut. Stimmung wechselnd. Stottern sehr von psychischen Einflüssen abhängig. Sehr suggestibel.

Am 22. März anscheinend geheilt entlassen, arbeitet bis Mitte Juni wieder. Da nun aber wieder starke Aufregungszustände vorhanden sind, kommt er am 18. Juni 1898 zum zweitenmal in die Klinik. Es wird bestimmt angegeben, daß er weder durch Intelligenz- oder Gedächtnisdefekte, noch durch unfeines, taktloses Benehmen aufgefallen sei. Aus seinen schriftlichen Arbeiten aus dieser Zeit läßt sich weder nach Form noch nach Inhalt ein Rückschluß auf Abnehmen der intellektuellen Fähigkeiten schließen. Auch jetzt sind noch keine Innervationsstörungen, die auf Paralyse hindeuten könnten,

und Paralyse berühren. *Möbius* spricht in einem Aufsatz der Psych.-neurolog. Wochenschr. VI 1904 S. 9 die Behauptung aus, daß die berühmten Leute, die paralytisch geworden sind, nicht als Beispiele bei den Erörterungen über die Beziehungen zwischen Genie und Geistesstörung benutzt werden dürfen, weil man aus dem Auftreten der progressiven Paralyse gar keinen andern Schluß ziehen könne, als daß der Erkrankte vorher Syphilis gehabt habe. Die Antwort auf den zweiten Teil dieser Behauptung werde ich weiter unten geben, auch will ich mich auf die Frage der Beziehung von Genie und Geistesstörungen hier nicht weiter einlassen. Ich will nur bemerken, daß es eigentlich schade ist, daß *Möbius*, der auch dieser Frage nähergetreten ist, von vornherein auf ein so reichliches Material, wie die Paralytiker, verzichtet hat. Ich bin der Ansicht, daß man nicht jedes Genie von vornherein als *Dégénéré* zu betrachten habe, aber gerade bei denjenigen Paralytikern, die *Möbius* erwähnt, Nietzsche, Lenau, Schumann, Rethel usw. haben wir viel sicherere Tatsachen, die ihre abnorme psychopathische Veranlagung beweisen, als ihre Genialität. Man braucht nur das Vorleben gerade dieser Männer genau zu studieren und wird bei der Mehrzahl von ihnen, sowohl was sie selbst, als was ihre Angehörigen betrifft, auf Daten stoßen, die auf eine endogene Veranlagung zu Geistesstörungen hinweisen.

vorhanden. In aufgeregten Zeiten sind die Patellarreflexe lebhaft und ist Fußklonus vorhanden, gewöhnlich aber nicht.

Unregelmäßige Herzaktion, Glycosurie und zeitweise Albuminurie, aber nur in den ersten drei Monaten des zweiten Aufenthaltes. Während dieser Zeit bestand ein Zustand völliger Verwirrtheit, mit aphasielähnlichen Symptomen.

Für diese drei Monate völliger Verwirrtheit besteht später totale Amnesie; er erinnert sich nicht an Besuche, auch für die aphasielähnlichen Zustände hat er keinerlei Erinnerung.

Am 10. September zum letztenmal Zucker 3,5%, auch nie mehr Albumen oder Aphasie. Von da an Kontinuität des Bewußtseins, aber es folgt jetzt ein Zustand mit massenhaften Halluzinationen, bestimmten, festgehaltenen Wahnideen (Fernwirkung durch Elektrizität, Elektrisieren durch Anfassen von Phonographen; die Frau gibt an, er habe schon vor vielen Jahren sich auffallend viel mit Phonographen beschäftigt). Halluzinatorische Dialoge. Er meint, man wisse schon alles; spricht von Ehebruch seiner Frau, es werde ihm Geld gestohlen.

Am 1. März 1899 wird er entlassen. Es wird die Frage halluzinatorischer Paranoia erörtert, aber auch die Möglichkeit offen gelassen, daß es sich um eine Epilepsie handeln könne, besonders in Anbetracht des drei Monate langen Dämmerungszustandes und der epileptischen Familienanamnese.

Vom 1. März 1899 bis Mitte Mai 1900 in der Irrenanstalt zu N.

Vom 14.—15. Mai 1900 wieder in der Klinik. Jetzt ganz verändertes Bild. Demenz. Pupillendifferenz. Rechte Pupille weiter, reagiert träger. Sprache langsam, stottert nicht mehr. Vom 19.—26. Februar 1901 zum letztenmal in der Klinik. Rechte Pupille fast lichtstarr. Fußklonus, spastische Kontrakturstellung der unteren Extremitäten. Unreinlichkeit. Diagnose Paralyse sicher.

In Anbetracht des geringen zeitlichen Abstandes der ersten scheinbar „funktionellen“ Episode vom Manifestwerden der Paralyse wird man wohl doch annehmen müssen, daß schon 1898 die Paralyse im Beginn war. Das hindert jedoch nicht, daß der betreffende Kranke von Jugend auf abnorm war, isolierte Defekte, sowohl was Sprache, als auch was Rechnen betrifft, aufwies, bei sonst hervorragenden intellektuellen Eigenschaften. Das ganze Vorleben, zusammen mit der Familienanamnese, läßt es als wahrscheinlich erscheinen, daß wir es mit einem [Hystero-]Epileptiker zu tun haben.

In anderen Fällen haben wir klarere Verhältnisse.

Friedrich Samendinger, geb. 6. September 1850 in Audirbrunn. ledig, Fuhrknecht. Erster Eintritt in die Klinik mit 40 Jahren am 24. September 1890. Nach den Schulzeugnissen nur mäßig begabt. Von Lues ist

nichts bekannt, auch keine objektiven Anhaltspunkte dafür vorhanden. Gonorrhoe hat er 1884 gehabt. Drei Wochen vor dem Eintritt weinerlicher Stimmung, rührselig, verschlossener und stiller als sonst. Zerstreut und vergeßlich.

Körperliche Untersuchung negativ. Klagt über Sorgen, die ihm durch den Kopf gehen, spricht von einer Heirat, die ihm im Sinn steht. Erklärt Vorfälle von Zertreutheit damit, daß damals gerade das Mädchen, das er heiraten wollte, vorbeigegangen sei. Wortkarg. Antwortet zögernd und nach großen Pausen, sagt oft: „Das werden sie schon wissen,“ wenn man ihn ausforscht. Wird bald mißtrauisch und meint, man wolle ihn verführen. Es stellt sich heraus, daß er Stimmen hört, welche ihn teils schimpfen, teils zu Handlungen herausfordern, die er tun müsse. Konstante Wahnideen, man sei ihm übel gesinnt, verspottete ihn usw. Am 22. Dezember 1890 nach Hause entlassen mit der Diagnose Paranoia.

Am 25. Januar 1899 erfolgt die zweite Aufnahme. Während 1890 keine Zeichen paralytischer Natur vorhanden waren, besteht jetzt reflektorische Pupillenstarre, *Westphalsches* Phänomen. Auch besteht jetzt zweifellos Intelligenzstörung. Apathie, auffallende Heiterkeit, macht einen ganz dementen Eindruck. Sonst sind die einzelnen Geistesfunktionen noch nicht besonders schlecht.

Er war draußen durch unsinnige Wareneinkäufe aufgefallen. Daß er seither Lues erworben habe, dafür fehlen alle anamnestischen Daten.

Die große Frage ist auch hier: War er schon 1890 paralytisch? Auch bei der zweiten Aufnahme, 1899, waren noch Spuren seiner früheren Wahnideen vorhanden, und ein derartiges Festhalten derselben spricht schon gegen Paralyse, ebenso wie der neunjährige Zwischenraum zwischen den beiden Aufnahmen. Die ganze Krankengeschichte spricht doch dafür, daß bei dem von Haus aus mäßig begabten Individuum, das früher wegen Paranoia in Anstaltsbehandlung gewesen ist, sich zuletzt eine Paralyse entwickelt hat.

Heinrich Büchs, aus Münsterstadt, geboren den 17. Juli 1854. Erster Aufenthalt in der Klinik vom 4. August bis 27. Oktober 1890. In dieser Zeit bestanden keinerlei Symptome, die für Paralyse hätten sprechen können. Pupillen normal, Patellarreflexe vorhanden. Man hielt ihn für paranoisch.

Anamnetisch wurde festgestellt, daß beide Eltern normal gewesen seien, ebenso die Geschwister, bis auf einen Bruder, der an primärem Schwachsinn leidet. Es ist aktenmäßig festgestellt, daß er viel in der Welt herumgezogen ist, daß er im Jahre 1884 wieder plötzlich in seiner Heimatgemeinde auftauchte und schon damals durch seinen Geisteszustand auffiel. Er hatte einen starken Verfolgungswahn. Man peinigte ihn mit elektrischen Drähten, mache die Nahrung kraftlos mit Verdampfungsmaschinen,

böse Menschen bewerkstelligten, daß er von Rheumatismus geplagt würde usw. Er wurde zweimal ins Arbeitshaus gebracht, wo sich die Verfolgungsidee als konstant erwiesen, und wo er oft aggressiv gegen vermeintliche Feinde wurde. Stand stundenlang am Fenster und redete vor sich hin, nach dem Himmel hinaufblickend, hatte zahlreiche Halluzinationen. Verweigerte die Nahrung „wegen Leichengeruch der Speisen“. Da er immer aufgeregt wurde und schließlich nicht mehr in seiner Heimatsgemeinde gelassen werden konnte, wurde er 1890 in die Klinik gebracht, wo er dieselben Wahnideen äußerte, wie schon wenigstens sechs Jahre vorher, von Verfolgung, Geheimbund usw.

Er war dann zwei Jahre in der Irrenanstalt Werneck, wo trotz der langen Beobachtung ebensowenig ein paralytisches Symptom gefunden wurde wie während des fast dreimonatlichen Aufenthaltes in der Klinik. Er war dort sehr fleißig, arbeitsam, hielt mit seinen Wahnideen zurück, um eher entlassen zu werden.

Nachdem er zwei Jahre zu Hause gewesen, kommt er am 3. November 1894 zum zweitenmal in die Klinik. Jetzt besteht Lichtstarre beider Pupillen und zweifellos beginnende Demenz. Als Nebenfund großer Abdominaltumor Melanosarkom der Leber, dem er am 24. Januar 1895 erlag.

Die Diagnose war auf beginnende Paralyse gestellt worden und wurde durch das Sektionsergebnis bestätigt. Für Lues fanden sich weder anamnestisch noch objektiv irgendwelche Anhaltspunkte.

In diesem Falle wird wohl ein Zweifel nicht bestehen können darüber, daß der Zustand, der sicher schon mindestens zehn Jahre vor der zweiten Aufnahme bestanden hat, und der sowohl während des ersten Aufenthaltes als auch in Werneck für eine Paranoia gehalten worden ist, noch nicht paralytischer Natur gewesen sein kann. Wir kommen nicht darüber hinweg anzunehmen, daß bei diesem Patienten zwei Geisteskrankheiten vorgelegen haben, die wir gewohnt sind als zwei ganz unzusammenhängende, selbständige Psychosen aufzufassen.

Wenn wir nun kurz zusammenfassen, was aus dem bisher Ausgeführten hervorgeht, so sehen wir, daß, wenigstens bei dem Material der Würzburger Klinik, einmal die hereditäre Anlage bei der Paralyse keine Seltenheit ist, daß sie beinahe gerade so häufig angetroffen wird, wie bei den andern Geisteskrankheiten, trotzdem wir wegen der ungünstigeren Verhältnisse der Anamneseaufnahme bei Paralyse schon an sich geringere Zahlen erwarten dürfen, und daß zweitens in der Vorgeschichte einer großen Anzahl von

Paralytikern nicht nur leichtere, sondern auch höhere Grade von psychischer Abnormität, ja sogar ausgesprochene Geisteskrankheiten gefunden werden.

Jedenfalls sind wir nach dem Resultate dieser Untersuchung nicht ohne weiteres dazu berechtigt, die Paralyse in Gegensatz zu den meisten andern Psychosen zu stellen und zu sagen, bei ihr spiele das endogene Moment eine wesentlich geringere Rolle, wie bei anderen Geisteskrankheiten.

II.

Wie verhält es sich nun bei unserem Material mit der Lues? Die zahllosen Statistiken, die über den Zusammenhang von Paralyse und Syphilis gemacht worden sind, schwankten in ihren Resultaten zwischen den extremsten Werten, je nachdem der Untersucher seine Bedingungen für die Annahme einer stattgehabten Infektion sehr streng oder nicht aufstellte.

Ich habe sichere Lues nur dann angenommen, wenn dieselbe anamnestisch einwandfrei festgestellt war, oder wenn objektive Zeichen derselben zurückgeblieben waren. Sind eine Reihe von Hinweisen vorhanden, während ein objektiver Beweis fehlt, so sind wir nur berechtigt von wahrscheinlicher Syphilis zu reden. Nicht berechtigt ist man jedoch nur auf Grund von vereinzelt Aborten, Sterilität oder andern ebenso unsicheren Zeichen jemanden für luisch zu halten.

In unsern 270 Fällen von Paralyse, die größtenteils aus einer Zeit stammen, in der die Syphilis an der Klinik noch als fast ausschließliche Ursache galt, und bei denen infolgedessen mit größtem Eifer nach Lues geforscht worden ist, habe ich herausgefunden, daß nur 35 mal mit voller Sicherheit Lues festgestellt werden konnte. 18 mal ergab die Anamnese, daß die Syphilis zwar nicht ganz einwandfrei bewiesen war, daß aber doch die Wahrscheinlichkeit der vorhergegangenen syphilitischen Infektion so groß war, daß wir sie praktisch wohl auch als sichere Fälle bezeichnen können, so daß wir im ganzen unter 270 Paralyse 53 mit vorhergegangener luischer Infektion hätten, d. i. im ganzen 19,6 %.

Zu diesen kommen noch 13 Fälle, in denen zwar sichere Anhaltspunkte für überstandene Lues nicht vorliegen, in denen aber doch auf Grund des sehr bewegten Lebens, von wiederholten Aborten, Sterilität usw. die Möglichkeit einer syphilitischen Infektion nicht gering ist. Rechnen wir diese noch dazu, als ob die Syphilis bewiesen wäre, dann haben wir im günstigsten Falle 66 Fälle mit Syphilis, d. i. 24,4 %, während in allen übrigen Fällen absolut keine Anhaltspunkte für Lues vorhanden sind. Das hindert natürlich nicht, daß nicht doch noch manche von ihnen syphilitisch gewesen sein können.

Von den 66 Fällen entfallen 15 auf diejenige Gruppe von 98 Fällen, welche ich im ersten Teil meiner Arbeit behandelt habe, und welche teils hereditär belastet, teils früher psychisch abnorm gewesen sind, und zwar neunmal sichere, zweimal fast sichere und viermal einigermaßen wahrscheinliche Lues. Es macht dies 15,3 % gegen 24,4 % im Vergleich zu sämtlichen Paralytikern und gegen 30,4 % nach Abrechnung dieser 98 Fälle. Wir sehen also, daß die Häufigkeit syphilitischer Infektion bei diesen 98 Fällen nur etwa halb so groß ist, wie bei den andern Fällen.

Wir sehen also, daß wir doch relativ geringe Prozentzahlen gefunden haben, trotzdem noch Ende der neunziger Jahre an der Würzburger Klinik immer an die wichtige Rolle der Syphilis geglaubt wurde und dementsprechend auch sehr genau danach geforscht worden ist.

Nun kann man allerdings einwenden, das negative Resultat der Nachforschung und Untersuchung beweise noch nicht, daß die Betreffenden nicht doch am Ende Syphilis gehabt haben. Aber schließlich ist man ja bei keinem Menschen sicher, ob er nicht doch schließlich Syphilis gehabt haben könnte.

Da ist es nun ganz gut, wenn man sich die Worte vor Augen hält, die *Virchow* bei der Einweihung des pathologischen Instituts in Berlin ausgesprochen hat, und die *Sprengeler* in der Einleitung seines Aufsatzes in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 56 S. 725, zitiert. Sie lauten:

„Heutzutage gibt es viele, die das Zählen für die eigentliche Quelle der Wissenschaft halten und daraus die Tatsachen entnehmen zu dürfen

glauben . . . Auf diese Weise ist man dahin gelangt, für gewisse Krankheiten in der Syphilis das ätiologische Moment zu finden. Es handelt sich um Tabes, Aneurysma und Paralyse. Nach der Statistik lassen sich diese Krankheiten in riesig überwiegender Majorität auf Syphilis zurückführen. . . .

Wenn man auf diesem Wege fortschreitet, kommt man dahin, daß die Darstellung dieser wie auch anderer Krankheitsbilder seitens der Pathologen allgemein mit Bezug auf das alleinseligmachende Dogma der Syphilis erfolgt.“

Kurze Zeit, nachdem ich diese Worte gelesen hatte, bekam ich einen Aufsatz in die Hände, in dem *Gregor Steiner*¹⁾ über die Ätiologie der Dementia praecox spricht und zu dem Schlusse kommt, daß die Syphilis auch in der Ätiologie dieser Krankheit eine Rolle spielt, und daß ein Teil der Fälle von Dementia praecox auf überstandene Syphilis zurückgeführt werden könne. Es ist dies gewiß eine gute Illustration zu obigen Worten *Virchows*.

Es ist ein betrübender Beweis für unsere Unkenntnis in ätiologischen Sachen der Psychiatrie einerseits und für die Kritiklosigkeit, zu welcher die Befriedigung ihres Kausalitätsbedürfnisses eine große Anzahl von Psychiatern verleitet, anderseits, wenn man zusehen muß, wie fast überall ratlos im Dunkeln herumgetappt wird, wie, um nur bei dem Beispiele der Dementia praecox zu bleiben, nacheinander Thyreoidea, Parathyreoidea, Genitalsystem,²⁾ Toxiinfektionen (*Dide*) und schließlich auch noch die Syphilis für ihre Entstehung verantwortlich gemacht werden.

Virchow wird wohl kaum der Statistik jeden Wert haben absprechen wollen, sondern wird wohl nur vor ihren Auswüchsen warnen wollen; und wie Recht er darin hatte, das beweist uns eben jener Aufsatz von *Gregor Steiner*, der gewissermaßen zu begrüßen ist als Zeichen von der Selbstzersetzung des Dogmas von der großen Rolle der Syphilis.

Es mag vielleicht niederdrückend wirken, wenn man sieht, wie dadurch das wenige, was wir über die Ätiologie sicher zu wissen glaubten, hinfällig wird, und wir so wieder auf die „Krankheit aus unbekannter Ursache“ zurückkommen; aber bei der wissenschaftlichen Forschung, wo es nur darauf ankommen soll, die

¹⁾ Psych.-neurolog. Wochenschr. 1905, S. 77.

²⁾ Es sei nur auf *Lomer* und seinen „Heilvorschlag“ hingewiesen. Allgem Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, 3.

Tatsachen festzustellen, dürfen solche Gefühle nicht maßgebend sein.

Wie verhält es sich nun mit den andern Beweisen der Syphilistheorie?

Als ein Hauptargument wird von den Anhängern dieser Theorie ins Feld geführt, daß *Tabes* und *Paralyse* zwei völlig identische Krankheiten sind mit ausschließlichen Verschiedenheiten der Lokalisation, und da für die *Tabes* auf Grund der Statistiken die Frage der luischen Ätiologie so gut wie sicher in bejahendem Sinne entschieden sei, müsse man für die *Paralyse*, die doch bloß eine *Tabes* des Gehirns sei, dieselbe Ätiologie annehmen.

Ich lasse dahingestellt, ob die Voraussetzung für die *Tabes* zutreffend ist oder nicht. Aber wie gering der Wert obiger Beweisführungsart anzuschlagen ist, das geht schon daraus klar hervor, daß umgekehrt auch wieder gesagt wird: Daß *Tabes* und *Paralyse* im Grunde zwei gleiche Krankheitsprozesse sind, ist schon daraus ersichtlich, daß beide dieselbe Ätiologie haben, nämlich vorausgegangene syphilitische Infektion.

Also je nach Bedarf wird der eine oder der andere Teil des Satzes als sichere Grundlage aufgestellt, auf der sich der gewünschte logische Schluß aufbauen soll. In Wirklichkeit ist es aber bis jetzt ebensowenig bewiesen, daß in beiden Krankheiten die Syphilis das zur Entstehung nötige Agens ist, wie es bewiesen ist, daß *Tabes* und *Paralyse* nur eine Krankheitsform darstellen, die nur Unterschiede in der Lokalisation aufweise.

Denn wenn schon die Majorität der Paralytiker Veränderungen in den Hintersträngen aufweisen, so handelt es sich doch in der Mehrzahl der Fälle nicht um eine echte tabische Degeneration. Nur diejenigen, welche anatomisch und klinisch eine charakteristische *Tabes* aufweisen, und denen man allein den Namen *Taboparalysen* zuerkennen sollte, würden verdienen, mit der *Tabes* auf eine Stufe gestellt zu werden.

Ein anderer Beweis für die Tatsache der vorausgegangenen *Lues* soll das bekannte Experiment sein, von dem *Kraft-Ebing* berichtet hat, nämlich der vergebliche Versuch der Syphilisinoku-

lation auf Paralytiker. Dieses Experiment beweist nur, daß, falls damals die Inokulation richtig gemacht worden ist, und daran zu zweifeln liegt kein Grund vor, die betreffenden Paralytiker auf das luische Gift nicht reagiert haben. Dem Experiment einen beweisenden Wert beizulegen, dafür liegt keinerlei Veranlassung vor, weil erstens jeder Kontrollversuch an nicht Paralytikern (von demselben Beobachter, mit derselben Giftquelle) aus leicht verständlichen Gründen fehlt, und weil zweitens diesem negativen Experimente Fälle von positiver Syphilisübertragung im Verlauf der Paralyse entgegenstehen. Es sind derartige Fälle mehrfach beschrieben worden. Ein Teil von ihnen mag allenfalls zweifelhaft sein, aber mehrere, über die *Garbini* und *Galiano*¹⁾ berichtet haben, sind ganz sicher beobachtet worden.²⁾ Dadurch ist jedenfalls bewiesen, daß es Paralytiker gibt, die nicht syphilitisch infiziert gewesen sind, und daß zum Zustandekommen der Paralyse eine vorausgegangene syphilitische Ansteckung nicht unbedingt nötig ist.

Aber wenn man nun tatsächlich annehmen würde, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Paralyse und Syphilis besteht, so würde man noch immer einer Reihe von Rätseln gegenüberstehen, deren allergrößtes nicht das ist, weshalb von den vielen Syphilitikern nur so wenige paralytisch werden, sondern vielmehr weshalb gerade in solchen Ländern, wo die Syphilis so überaus häufig ist, fast gar keine Paralysen beobachtet werden.

Da meinen nun die einen, es wäre die nicht abgeschwächte europäische Syphilis, die zur Paralyse führe. Andere, wie *Fournier*, der ein ausgezeichnete Syphilidologe, aber deshalb noch kein Psychiater ist, glauben jedoch, daß es gerade

¹⁾ Zitiert von *Joffroy*. Rev. neurolog. 1905, pag. 599.

²⁾ Anm. b. d. Korrektur: Ich selbst habe in Basel vor kurzem Gelegenheit gehabt, einen Paralytiker zu beobachten und zu sezieren, der an sekundärer Syphilis litt und u. a. typische plaques muqueuses hatte. Die Sektion hat die Diagnose Paralyse bestätigt, u. a. auch deutliche, ausgedehnte Hinterstrangsdegeneration. Ich hoffe bei Gelegenheit ausführlich auf den Fall zurückkommen zu können.

die leichteren und die nicht behandelten Fälle seien, die Paralyse im Gefolge hätten. Das hindert jedoch nicht, daß bei Leuten, die sehr energische antiluische Kuren durchgemacht haben eine Paralyse zum Ausbruch kommen kann, und daß umgekehrt gerade in Afrika, unter den Eingeborenen, bei denen die Syphilis so häufig ist und fast nie behandelt wird, so gut wie keine Paralysen vorkommen.

Wir sehen also hier eine Reihe von Widersprüchen und unbewiesenen Behauptungen.

Die relative Seltenheit der Paralyse auf dem Lande ist auch kein Beweis in einer Zeit, wo durch die Einführung der allgemeinen Wehrpflicht fast allen Männern Gelegenheit geboten wird, in die Nähe von Ansteckungsorten zu gelangen.

Man hat versucht die Frage durch vergleichende Statistiken zu lösen, indem man feststellte, wie oft im Vorleben der Paralytiker die Syphilis gefunden wird, und wie oft bei den andern. Statt, daß man nun aber zum Vergleiche die Geistesgesunden heranzog, nahm man die anderen Geisteskranken der betreffenden Irrenanstalten. Aus einer Zusammenstellung mehrerer derartiger Statistiken hat *Rieger*¹⁾ berechnet, daß in 40% der Fälle Syphilis nachweisbar sei, und daß ein Syphilitischer 16—17 mal mehr Chancen habe paralytisch zu werden, wie ein anderer Mensch. Aber *Rieger* ist jetzt davon überzeugt, daß dieses Resultat nicht richtig sein kann. Denn die Geisteskranken, die in einer Anstalt interniert sind, können in Bezug auf die Syphilis nicht mit den geistesgesunden, nicht Internierten verglichen werden. Denn die Majorität der Insassen von Irrenanstalten ist schon in relativ jungen Jahren in die Anstalt gebracht worden, ehe sie vielleicht Gelegenheit zur Infektion hätte haben können, und ist nun in der Anstalt gegen Ansteckung so gut wie geschützt.

Der Paralytiker dagegen kommt meist in reiferen Jahren in die Anstalten. Er hat in der Regel die Zeit hinter sich, in der die Gefahr der Syphiliserwerbung am größten ist, denn wenn

¹⁾ Schmidts Jahrbücher, Bd. 210, S. 88 ff.

inner mit 40 Jahren noch keine Syphilis erworben hat, dann ist die Wahrscheinlichkeit, daß er sie noch bekommen werde, viel geringer.

Unter diesen Umständen ist es ganz verfehlt, die Paralytiker mit den andern Insassen derselben Anstalt zu vergleichen. Wenn man vergleichbare Werte haben will, so muß man die Paralytiker mit Geistesgesunden vergleichen, die zudem ungefähr in demselben Durchschnittsalter stehen, wie die Paralytiker, wobei es auch wieder nötig ist, daß die zu vergleichenden Werte von demselben Beobachter und nach der gleichen Methode gefunden worden sind.

Aber sogar wenn sich nach Erfüllung aller dieser Vorbedingungen nun herausstellen sollte, daß die Paralytiker im Vergleich zu den andern Menschen häufiger syphilitische Erkrankungen durchgemacht haben, so wäre damit noch immer nicht bewiesen, daß die Syphilis die Paralyse hervorruft.

Denn wir haben eben gesehen, daß ein großer Teil der Paralytiker schon von Haus aus psychopathisch veranlagt ist, daß viele sogar sicher schon direkt pathologisch sind, und daß diese Individuen durch ihre psychopathische Minderwertigkeit viel eher einem bewegten Leben ausgesetzt sind, und so bei ihnen die Gelegenheit zur Erwerbung von Syphilis viel größer ist, als bei den völlig Gesunden.

Man müßte in diesem Falle die Frage so formulieren: Falls es sich herausstellen sollte, daß in der Anamnese der Paralytiker sich die Syphilis häufiger findet als bei den andern Menschen, ist dann dieser Umstand darauf zurückzuführen, daß nur Syphilitiker paralytisch werden, oder ist es nicht vielmehr so, daß die Syphilis bloß ein akzidentelles Ereignis darstellt, dem sie wegen ihrer psychopathischen Anlage leichter ausgesetzt sind, das aber für die weitere Entwicklung der Krankheit ganz belanglos ist?

Nach allem, was ich bis jetzt ausgeführt habe, wäre ich beinahe geneigt das letztere anzunehmen. Nun kommt aber in Betracht, daß es doch eine gewisse Zahl von Fällen gibt, in denen ein so verblüffendes Zusammengehen von überstandener Syphilis

und manifester Paralyse besteht, daß es fast unmöglich **schein** an ein bloß zufälliges Zusammentreffen zu glauben.

Hierher gehören auch die Fälle von konjugaler Paralyse. In der Würzburger Klinik ist, wenn wir absehen von einem Fall, in dem Paralyse beim Manne und Tabes bei der Frau bestand, in den 15 Jahren nur ein Fall beobachtet worden, und auch dieser ist nicht ganz einwandfrei, da weder bei dem Manne noch bei der Frau die Diagnose völlig sichergestellt war. Der Mann ist ziemlich akut erkrankt, Fehlen der Patellarreflexe, ist nach 14 Tage langem Aufenthalt gestorben. Ein Sektionsprotokoll konnte nicht mehr aufgefunden werden. Bei der Frau bestand Miosis beiderseits, rechts stärker, rechte Pupille träge; Marasmus, Apathie, eitrige Geschwüre. Sie ist dann in einer anderen Anstalt gestorben. In der wenig ausführlichen Krankengeschichte, die vor dort requiriert wurde, ließ sich weder ein Anhaltspunkt für, noch gegen Paralyse finden.

Während wir also nur ein paralytisches Ehepaar haben finden können, und auch bei diesem ist die Diagnose wie gesagt nicht einwandfrei, haben wir gar nicht so selten andere Ehepaare in der Klinik gehabt. Zweimal sind die beiden sogar gleichzeitig in der Klinik gewesen. Das eine Mal handelte es sich um funktionelle Psychosen, das andere Mal um eine Kranke, die angeboren schwachsinnig war, dann paralytisch wurde während ihr Mann an primärem Schwachsinn leidet. In diesen Fällen kann es sich nur um ein zufälliges Zusammentreffen handeln, es wird wohl niemand einen ätiologischen Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen annehmen. Solche Tatsachen mahnen zur Vorsicht. Ob es sich nicht auch in einem Teil der Fälle von konjugaler Paralyse um ein bloß zufälliges Zusammentreffen handeln kann, lasse ich dahingestellt. Jedenfalls darf man nicht außer Acht lassen, daß der Zufall oft eine sehr große Rolle spielt, und man kann nie genug darauf bedacht sein, den Fehler zu vermeiden, irgend ein zufälliges Geschehen, auch wenn es häufiger auftritt, nun gleich als Regel aufstellen oder daraus allgemeine Schlüsse ziehen zu wollen.

Aber wie gesagt, es läßt sich wohl nicht leugnen, daß es eine ganze Anzahl von Fällen zu geben scheint, in denen der

Syphilis die wichtige Rolle der Ätiologie zufällt. Andererseits haben wir aber gesehen, daß das endogene Moment keineswegs vernachlässigt werden kann, da einmal die hereditäre Belastung nahezu ebenso häufig getroffen wird, wie bei den andern Geisteskranken, und da zweitens eine ganze Reihe von Paralytikern schon vor der Paralyse als abnorm aufgefallen sind.

Aus diesen Gründen haben eine große Anzahl von Autoren einen Kompromiß geschlossen und nehmen an, daß die Paralyse zwar auf dem Boden einer endogenen Anlage entstehe, aber daß diese an sich noch nicht genüge, um die Paralyse hervorzurufen, sondern daß die Syphilis eine *conditio sine qua non* sei. Wir treffen aber, wenigstens an der Würzburger Klinik, ziemlich viele Fälle an, wo trotz endogener Anlage plus Syphilis keine Paralyse zustande kommt, sondern eine andere Geisteskrankheit besteht; eine Kranke ist sogar bis in ihr 70. Lebensjahr genau beobachtet worden.

Zudem haben wir gesehen, daß in der Mehrzahl unserer Fälle nichts von Lues zu konstatieren war, in einer ganzen Anzahl war es sogar ganz unwahrscheinlich, fast so gut wie ausgeschlossen; experimentell ist nachgewiesen, daß es Paralytiker gibt, die nie Syphilis gehabt hatten.

Wenn also für eine Anzahl von Fällen die Evidenz eines ursächlichen Zusammenhangs nicht geleugnet werden kann, so besteht doch für die vielen andern kein Grund, einen solchen anzunehmen.

Da drängt sich denn doch die Frage auf, ob wir nicht auch jetzt noch unter dem Namen progressive Paralyse eine Zusammenfassung verschiedener Krankheitsprozesse haben, die wir zwar vorläufig klinisch noch nicht genau kennen können, die aber in ihrer Ätiologie und ihrem Wesen verschieden sind.

Diese Annahme scheint mir viel für sich zu haben. Denn wir haben sowohl im klinischen Verlauf der verschiedenen Paralysen als auch in den anatomischen Befunden große Variationen. Histologisch ist es jedenfalls schon gelungen, eine Unterscheidung verschiedener Typen zu erzielen, indem wir einmal die richtige charakteristische tabische Hinterstrangserkrankung finden, dann

eine tabesähnliche, aber doch von ihr grundverschiedene (paralytische) Hinterstrangserkrankung und schließlich eine große Anzahl von Fällen mit Seitenstrangs- und kombinierter Degeneration. Alle diese verschiedenartigen Krankheitsbilder werden heutzutage noch mit dem Sammelnamen Paralyse bezeichnet. Ihnen ist gemeinsam der progrediente, in absehbarer Zeit zum Tode führende Verlauf, der mit fortschreitender Demenz, Untergang von Nerven substanz und körperlichen Symptomen einhergeht.

Vielleicht ist es nicht unmöglich, daß man gerade auf ätiologischem Wege eine Scheidung in verschiedene Gruppen bekäme, so daß wir auf der einen Seite ev. die „metasyphilitischen“ hätten, vielleicht die echten Taboparalysen, die ja nach *Fürstners*²⁾ Ansicht wohl noch am ehesten auf Syphilis zurückgeführt werden können, und auf der andern Seite alle anderen, wobei allerdings noch nicht gesagt wäre, daß nun alle anderen Fälle unter eine einheitliche Gruppe gehören sollen.

Ich will hier nur kurz einfügen, daß es Rätsel und Schwierigkeiten in ätiologischer Hinsicht bez. Lues und Heredität nicht bloß in der Psychiatrie gibt, sondern auch in der innern Medizin. Ich will als Beispiel nur die Arteriosklerose anführen. Denn auch bei ihr ist evident, 1. daß in vielen Fällen eine beträchtliche Heredität vorliegen kann, 2. daß bei luisch gewesenen fast durchweg manifeste Erscheinungen der Arteriosklerose früher auftreten als bei nicht syphilitischen.³⁾

Jedenfalls scheint es mir am einfachsten zu sein, die widersprechenden Anschauungen betr. die Ätiologie der Paralyse so zu erklären, daß wir annehmen, es existiert eine (kleinere?) Gruppe, die auf vorhergegangene syphilitische Infektion zurückzuführen ist, während der (größere?) Rest in ähnlicher Weise, wie andere Psychosen, auf rein endogener Basis entsteht. Daß auch von letzteren einige in ihrem früheren Leben Syphilis gehabt haben können, ist selbst-

1) Ohne Rückenmarksdegenerationen verlaufenden Fälle sind äußerst selten.

2) Monatsschr. für Psych. XII, S. 419.

3) Vergl. *Edgren*, Die Arteriosklerose. Leipzig 1898.

verständlich. Es würde sich in diesen Fällen um eine akzidentelle Erscheinung handeln, der wir gerade so gut hier, wie bei den andern Geisteskrankheiten, begegnen können.

Wenn wir also bei der Paralyse von vornherein einen Teil als selbständiges Krankheitsbild ausschalten, der auf vorhergegangene luische Infektion zurückzuführen wäre, so wäre es leicht verständlich, warum wir vorhin bei Berechnung der erblichen Belastung (wo es sich um sämtliche Paralyse-Fälle handelte) etwas geringere Werte gefunden haben, als bei den andern Geisteskranken. Wenn wir annehmen, daß ein Teil von ihnen als exogen auszuschalten ist, dann gleicht sich die Differenz wohl nahezu aus.

Ob diese Auffassung der Paralyse richtig ist, die Entscheidung darüber muß der Zukunft überlassen werden. Was ich aber auf Grund meiner Ausführungen als praktische Sätze aufstellen zu dürfen glaube, ist folgendes:

Erstens sind wir nicht berechtigt, aus der Tatsache, daß jemand paralytisch ist, die Folgerung zu ziehen, daß der Betreffende früher syphilitisch gewesen sein muß, und ebensowenig dürfen wir uns der Hoffnung hingeben, daß wir imstande sein könnten das Auftreten der Paralyse zu verhindern dadurch, daß wir in der Lage wären die syphilitische Ansteckung zu verhüten.

Zweitens sind wir nicht mehr berechtigt zu sagen, daß, bei sonst gleichen Wagschalen, das Vorhandensein einer starken erblichen Belastung gegen die Wahrscheinlichkeit einer Paralyse spreche, und ebensowenig wird es möglich sein den Standpunkt zu vertreten, daß die Nachkommenschaft der Paralytiker durch die Paralyse nur insofern belastet sein könne, als hereditäre Lues in Betracht komme.

In einem vor gar nicht langer Zeit abgegebenen Gutachten ist vor Gericht ausgesagt worden, daß die Mutter des Angeklagten (der übrigens verurteilt wurde) an Paralyse gestorben sei, daß aber diese Erkrankung als hereditär belastendes Moment nicht in Betracht komme. Dieser Standpunkt dürfte wohl durchaus unhaltbar sein.

(Wie wir gesehen haben, spielt die erbliche Belastung in der Aszendenz der Paralytiker eine derartig große Rolle, daß von vornherein zu befürchten ist, daß sie auch auf die Deszendenten von nicht wesentlich geringerem Einfluß sein wird, wie bei den übrigen Geisteskrankheiten.)

Über Psychosen nach Augenoperationen.¹⁾

Von

Michael Lapinsky, Professor der Universität zu Kiew.

Von meinem Kollegen Herrn Dr. *E. Neese* wurde ich am 5. Juni 1901 beim aus Tschernigow angereisten Provisor Herrn A-n zur Konsultation hinzugezogen, da der Patient durch sein sonderbares Verhalten die Behandlung eines Ulcus der Cornea störte.

Patient schlief in der Nacht nicht und war äußerst unruhig. Statt sich der Anordnung des Herrn Kollegen zu fügen und still im Bett zu liegen, versuchte er beständig aufzustehen, riß den Verband vom Auge, wollte aus dem Zimmer davonlaufen usw.

Bei der ersten gemeinsamen Untersuchung mit Dr. *Neese* war der Patient verhältnismäßig ruhig. Er lag im Bett. Das Zimmer war durch einige an den Fenstern und vor dem Bett angebrachte Vorhänge mäßig verdunkelt.

Das Alter des Patienten beträgt annähernd 60 Jahre. Sein Ernährungszustand ist stark herabgesetzt. Der Wuchs und Körperbau des Patienten ist mittelmäßig.

Patient sieht nichts. Das linke Auge des Patienten ist tief eingesunken, wird von den Augenlidern dicht verschlossen und ist, wie es sich nachher herausstellte, atrophiert.

Am rechten Auge erweist sich die Cornea als vollständig trübe, und in ihrem Zentrum befindet sich ein Ulcus vom Umfang eines Streichholzköpfchens. Das Auge wird durch einen Kompressionsverband verdeckt. Die Sehkraft ist in diesem Auge nur in Form einer Lichtempfindlichkeit vorhanden.

Die Gesichtshaut des Patienten ist hyperämisch. Am ganzen übrigen Körper sind sowohl die Haut, als auch die Schleimhäute von schmutzighyperämischer Färbung.

Die Haut läßt sich überall leicht in Falten emporheben. Die Lymphdrüsen sind nirgends fühlbar. Ödem der Extremitäten besteht nicht.

¹⁾ Ein Abschnitt aus den Vorlesungen über „Ätiologie der Geisteskrankheiten“ für Studenten des X. Semesters.

Das Muskelsystem ist schlecht entwickelt; der Tonus desselben ist matt. Páralysen und Paresen sind nirgends bemerkbar. Die Finger zittern mäßig.

Die Sensibilität ist, soweit sich hierüber auf Grund von Nadelstichen urteilen läßt, nur infolge geschwächter Aufmerksamkeit herabgesetzt; hierbei ist ein Unterschied zwischen der rechten und linken Seite nicht bemerkbar.

Alle Reflexe — sowohl die Haut- als auch die Sehnenreflexe der oberen und unteren Extremitäten und des Rumpfes — sind vorhanden.

Die Nervenstämme der Extremitäten sind bei Druck empfindlich.

Das Abdomen ist aufgetrieben und bei der Palpation empfindlich. Die Grenzen des Magens und der Leber weichen nicht von der Norm ab.

Das Gebiet der Leber ist schmerzhaft. Der Leberand ist hart. Fäkalmassen lassen sich nicht palpieren. Ein- bis zweimal täglich werden wenig flüssige, stinkende Exkremente entleert (zur Nacht nimmt Patient täglich ein Abführmittel). Die Zunge ist trocken und dick belegt; starker foetor ex ore! Der Harn ist trübe, konzentriert und reagiert sauer; spezifisches Gewicht desselben 1,024; Eiweißgehalt gegen $\frac{1}{2}0/00$; hyaline Zylinder.

Die Untersuchung der Lungen ergibt das typische Bild von Emphysem. rhonchi sonori et sibillantes sind in unbedeutender Anzahl hörbar. Das Herz wird von den Lungen bedeckt. Die Herztöne sind dumpf. Der zweite Ton über der Aorta ist stark akzentuiert. Puls 72—84, tardus et durus. Die Arterien sind hart und rigid. Die Art. temporales sind stark geschlängelt; beide Art. brachiales federn in den Armbeugen stark. Die Temperatur des Kopfes ist beim Anfühlen erhöht. Hände und Füße sind kalt. Die Körpertemperatur schwankt, in der Axilla gemessen, im Lauf des Tages zwischen 36,5—37,0° C.

Nach der Aussage des am Krankenbett wachhabenden Feldschers hat Patient in der Nacht gar nicht geschlafen. Am Abend hat er über Hitzegefühl im Kopf geklagt und beständig den Kopf mit den Händen umklammert. Gegen Mitternacht geriet Patient in Aufregung, begann den Verband vom Auge herunterzureißen, sprang vom Bett auf und schrie: „fort“ . . . „jagt sie fort“ . . . „man ersticht mich“ . . . usw. Hierauf beruhigte er sich etwas und flüsterte unverständliche Worte vor sich hin. Hierauf schlug er wieder mit den Armen um sich, horchte, sah sich um, versteckte sich mit dem Kopf unter die Decke usw.

Mit Tagesanbruch beruhigte er sich etwas.

Von unserem Erscheinen an war Patient während der Untersuchung ruhig und führte unsere Anordnungen aus. Die wenig bewegliche Mimik und die ruhige Lage des Patienten im Bett gaben uns das Recht anzunehmen, daß augenblicklich kein Erregungszustand bestehe.

Auf die Frage, wo er sich gegenwärtig befinde, antwortete Patient „in Tschernigow“ (statt Kiew). „Was machen Sie?“ — „ich liege in meinem Bett“. Ort, Wochentag, Datum und Monat gibt Patient nach längerem Nachdenken falsch an. Die Stimmen der ihn umgebenden Personen.

darunter diejenigen seiner Tochter und seines Schwiegersohnes, erkennt er nicht. Er behauptet, daß in der Nacht einige Postillone in sein Zimmer gekommen seien und hierauf Soldaten unziemende Gespräche geführt und Gesungen hätten, hierauf hätten sie nach ihm mit verschiedenen Gegenständen geworfen, hierbei hätten sie anfangs geschimpft und hätten ihn dann erschlagen rollen usw.

Alles dieses habe ihn in Schrecken versetzt, da niemand in seiner Nähe gewesen sei.

Auf die Frage, wie diese Leute gekleidet waren, bestätigt Patient, daß sie Uniformmäntel und Uniformen angehabt hätten.

„Haben die Leute nach Schnaps gerochen?“ „Ich weiß es nicht, erinnere mich nicht.“

„Haben sie Ihnen etwas zu essen oder zu trinken gegeben?“ „Nein!“

„Wollten die Leute Ihnen ein Leid antun? Erlaubten die Leute es sich, sie zu berühren? wurden Sie von ihnen geschlagen?“ „Ich erinnere mich nicht.“

„Hören Sie gegenwärtig Stimmen?“ „Nein.“ „Sehen Sie?“ „Nein.“

„Warum sehen Sie nichts?“ „Mein Auge ist krank.“ „Woran ist Ihr Auge erkrankt?“ „An einem Ulcus der Hornhaut.“ „Wie lange schon?“ „Seit einer Woche . . . vielleicht auch länger . . . sechs Wochen lang schmerzt es.“

„Von wem werden sie behandelt?“ „Von Dr. Neese.“ „Wo sind Sie jetzt?“ „In Tschernigow.“ „Aber Dr. Neese wohnt doch in Kiew, wo sind sie denn jetzt?“ „Ich bin nach Kiew gekommen und wohne im Hotel national.“ „Wo befinden Sie sich aber jetzt?“ „Ich weiß nicht, bis gestern war ich im Hotel national.“

„Was haben Sie heute gegessen?“ „Ich habe etwas Bitteres getrunken“ (Milch). „Was denn noch?“ „Sonst hat man mir nichts gegeben“ (richtig).

„Schmerzt Ihr Auge?“ „Nein.“ „Sehen Sie irgendwelche Lichterscheinungen?“ „Nein.“

Zum Schluß der Unterhaltung, die über eine halbe Stunde gedauert hat, wird Patient zerstreut, antwortet sehr langsam, und die schwachen Anzeichen von Klarheit, die der Patient im Anfang des Gespräches mit den Ärzten zeigte, gehen wieder verloren. Patient sieht sich unruhig um und spricht einzelne Worte aus, halluziniert augenscheinlich.

Beim nächsten Besuch beim Patienten, am folgenden Tage, stellte es sich heraus, daß er in der Nacht gar nicht geschlafen hat; er ist wieder unruhig gewesen, hat den Verband abgerissen, hat geschrien und hat behauptet, daß er von böswilligen Menschen umringt sei, gegen die er sich verteidigt hat. Er konnte nur unter Beihilfe von zwei bis drei Personen im Bett zurückgehalten werden. Mit Tagesanbruch ist er ruhiger geworden und läßt sich ohne besondere Anstrengung im Bett zurückhalten. Speisen nimmt er ungern zu sich; zwangsweise werden ihm vier Glas Milch beigebracht. Die flüssigen Ausleerungen sind nach wie vor stinkend und wenig reichlich.

Bei der Untersuchung des Patienten sind im Vergleich mit den vorhergehenden Tagen keine besonderen Veränderungen bemerkbar. Körpertemperatur 36,5—37,0°. Von seiten der Lunge keine neuen pathologische Symptome. Die Zunge ist dick belegt. Stark fäulnisartiger foetor ex ore. Das Abdomen ist aufgetrieben und empfindlich. Ödeme sind nicht vorhanden. Die Extremitäten sind kalt. Der Puls ist hart. Starker Akzent auf dem Aortenton. Das Gesicht ist mäßig hyperämisch. Paralyse und Paresen sind nicht vorhanden.

Während der Untersuchung flüstert der Patient, horcht auf und führt Bewegungen aus, die die Untersuchung stören. Er behauptet, daß ihm „diese Musik schon überdrüssig ist . . . nur immer Märsche. Sie wollen nicht anständigeres spielen . . . Dafür ist es auch Hochzeit, damit es lustig bergelt . . . Am Morgen hat der Offiziersbursche vergiftete, bittere Stiefelwachs gegeben . . . und dann haben sie mich gezwungen Lebertran zu trinken.“ Auf die Frage, „wo denn Musik gemacht wird“, teilt Patient mit, daß sein Nachbar, ihm gegenüber, schon den dritten Tag seinen Namenstag feiert . . . ehrliche Leute haben keine Ruhe. (In Wirklichkeit ist keinerlei Musik hörbar. „Wessen Offiziersbursche war bei Ihnen?“ „Kein Offiziersbursche . . . sondern ein Postillon aus der Rentei.“ (Beim Patienten wacht ein Feldscher.

Patient bricht die Sätze ab. Seine Stimme ist rau. Seine Aufmerksamkeit ist stark geschwächt. Fragen müssen an den Patienten mit lauter Stimme gestellt und mehrfach wiederholt werden. Auf die Fragen antwortet er sehr langsam. Augenscheinlich bemüht er sich herauszubekommen, wo er sich befindet; er befühlt sein Kopfkissen, das Bett, die Wand, an der er liegt, die Hand des ihn untersuchenden Arztes, von Zeit zu Zeit faßt er mit beiden Händen nach seinem Kopf, so als ob er seine Gedanken sammeln wollte.

Seine Stimmung ist gereizt, die ihn Umgebenden schimpft er mit den größten Ausdrücken, wobei es ungewiß ist, ob er die de facto Anwesenden oder in seiner Phantasie bestehende Personen schimpft. Seine Epitheta sind entweder unpersönlich, oder er nennt gleichzeitig verschiedene Personen, die in seinem früheren Leben eine Rolle gespielt haben.

Am dritten Tage Status quo ante. Halluzinationen.

Patient erkennt die Stimmen der ihn umgebenden Personen nicht. Er unterscheidet keine spezifischen Gerüche — Pfeffermünze, Baldrian —, was er noch am Tage vorher konnte. Heiße und salzige Speisen, sowie Schmerzempfindungen sind ihm unangenehm.

Auf die Frage: „Wo ist Ihre Tochter?“ . . . (die Tochter ist anwesend) antwortete er anfangs „sie ist gestorben“, dann „sie wirtschaftet“.

Er glaubt, daß er bei seiner Schwester auf dem Lande ist.

„In der Nacht ist über seinem Kopfe viel getanzt worden . . . und stark gelärmt worden.“ „In seinem Zimmer waren Wilde . . ., sie wollten ihn vom Bett herunterziehen und ins Feuer werfen.“ Er erinnert sich nicht, wie alt er ist. Er kann Datum, Monat und Jahr nicht angeben.

Der Puls ist nach wie vor hart und verlangsamt. Starke Akzentuation des Aortentones.

Aus dem Gasthause, in dem ein derartiger Patient nicht bleiben konnte, wurde A-n zeitweilig in die Privatklinik von Dr. Neuschube übergeführt.

Bei der weiteren Beobachtung im Verlauf einer Woche wurde konstatiert, daß das Bewußtsein noch mehr abnimmt. Der Erregungszustand dehnt sich jetzt auch auf die Tagesstunden aus. Patient gestikuliert und fuchtelt mit den Armen.

Zum Abend hin wird Patient ruhiger und spricht wenig. Augenscheinlich lassen ihn die Sinnestäuschungen, mit denen seine Aufmerksamkeit beschäftigt ist, am Abend auf kurze Zeit in Ruhe, werden in der Nacht aber wieder stärker. Allen gegenüber verhält er sich feindselig. Er ist äußerst gereizt.

Den Pfleger, der ihm das Essen oder die Medikamente reicht, versucht er von sich zu stoßen oder zu schlagen.

Die Frage „wo befinden Sie sich“ muß mehrfach wiederholt werden, bevor die Antwort erfolgt: „zu Hause . . . im Gasthause.“ Monat, Datum und Jahr kann er gar nicht angeben.

Während der Untersuchung flüstert er etwas oder schreit unzusammenhängende, bald russische, bald polnische Worte; beständig versucht er aufzustehen. In seinen Bewegungen ist bald Neugier, bald Furcht, bald der Wunsch sich zu verteidigen oder die Absicht sich zu verstecken erkennbar.

Gehörs- und Gesichtshalluzinationen herrschen vor. Ob außerdem noch andere Halluzinationen bestehen, läßt sich nicht konstatieren.

Die halluzinatorischen Bilder wechseln zeitweilig sehr schnell: er „fürchtet das Feuer . . . da durch das Fenster beständig Feuerschein sichtbar ist“ . . . „auf der Straße gehen Feuerwehrlaute mit grünen Rändern an den Mützen“ . . . „Die Pferde wiehern beständig und schlagen aus“ . . . „Der Polizeimeister blies auf einem Konterbaß und arretierte hierauf drei Mörder“ . . . „In der Nachbarschaft . . . im Hause gegenüber konnte eine unglückliche Frau nicht niederkommen, bis ein Geburtshelfer geholt wurde“ . . . „Zwei Schornsteinfeger haben die ganze Nacht hindurch Karten gespielt und dann stark miteinander gerauft“ . . . „Die Polizei kam in Schlitten an . . . stellte ein Protokoll zusammen und schimpfte“ . . . „Die ganze Nacht hindurch hat eine rote Drossel gesungen . . . hierauf haben sie zwei mächtige Katzen verjagt“ . . . „Eine von ihnen war älter, die andere jünger“ . . . „Die Milch ist nicht schmackhaft . . . hat keinen Nebengeschmack . . . Giftgeruch ist in ihr nicht vorhanden.“ „Er konnte die Tür nicht finden, sonst wäre er entschieden von hier fortgelaufen.“ „Die ältere Kröte gefällt ihm gar nicht. Er begreift es nicht, wie der Portier Frösche hereinlassen konnte“ . . . „Die Medizin riecht nach Jod und Pfeffermünze“ (stimmt). „In der Nacht hat ihn mehreremal eine lange Schlange gestochen“ (vielleicht der Eindruck von der subkutanen Injektion von Hyoscin).

Die somatische Sphäre verbleibt im status quo ante. Die Ausleerungen sind in gleicher Weise stinkend. Wenige, flüssige Ausleerungen (innerlich dreimal täglich 0,5 Salol). Der Leib ist aufgetrieben und empfindlich;

fäulnisartiger foetor ex ore. Kalte, klebrige Extremitäten. Leichte Hyperämie des Gesichtes; Paralysen und Paresen sind nicht vorhanden; die Reflexe sind erhöht. Die Schmerzempfindung ist im gleichen Grade erhalten geblieben wie bei der ersten Untersuchung, insoweit sich hierüber auf Grund der Reaktion auf Nadelstiche urteilen läßt. —

Am zehnten Tage nach Auftreten der Psychose brachten die Angehörigen den Patienten nach Warschau.

Nach zwei Monaten, auf dem Rückwege nach Tschernigow, war Herr A-n wieder bei mir. Das Bewußtsein des Patienten war jetzt vollständig klar; die Halluzinationen waren verschwunden; der Schlaf war gut. Der Patient erinnerte sich der überstandenen Psychose nur undeutlich. Die somatischen Erscheinungen und namentlich die Arteriosklerose befanden sich im status quo ante.

Die äußerst spärliche Anamnese, die nur mit Mühe aus den Aussagen der Angehörigen erhoben werden konnte, ergab, daß der Patient sein linkes Auge schon 12—15 Jahre vor den beschriebenen Ereignissen, infolge einer ulzerativen Perforation der Cornea im Anschluß an Trachom, verloren hatte. Das rechte Auge war ebenfalls von einem trachomatösen Prozeß befallen, der eine Verkürzung des Augenlides, starre Narben desselben und eine Verengung des Tränenkanals hervorgerufen hatte. Diese Prozesse waren auch die Ursache der wiederholten Exulzeration der Cornea des rechten Auges.

Ende April 1901 kam Patient nach Kiew; zu dieser Zeit litt er an einem Ulcus der Cornea und an einer Stenose des Tränenkanals. Anfangs hatte die Heilung des Ulcus gute Fortschritte gemacht. Bald jedoch begann die Wunde größer zu werden, der Tränensack mußte ausgebrannt, das Ulcus aufgeschnitten und mit dem Paquelinschen Apparat ausgebrannt werden. Allen diesen Maßnahmen zum Trotz vergrößerte sich das Ulcus in Form eines Hufeisens und drohte die ganze Cornea zu zerstören. Bald darauf trat Perforation der vorderen Kammer ein.

In den letzten zwei bis drei Monaten klagte Herr A-n über leichtes Schwindelgefühl, kalte Extremitäten, Kopfschmerzen und ungenügenden Schlaf, der ihn nur wenig kräftigte. Außerdem wurde seine ohnehin schon träge Darmtätigkeit in letzter Zeit noch träger. Als Besitzer einer Apotheke begann Patient selbst seine Darmtätigkeit zu behandeln. Zu diesem Zweck nahm er verschiedene Medikamente ein und brauchte dazwischen Antidiarrhoica, wenn eines der Mittel zu stark wirkte und Diarrhoe hervorrief. Gleichzeitig nährte er sich mit sehr fetten Speisen, aß sehr reichlich und brauchte als Zusatz viel Marinaden und Gemüsekonserven. Während dieser medikamentösen und diätetischen Maßnahmen bemerkte Patient eine Verschlimmerung des Schwindelgefühls, sehr unangenehme und reichliche nächtliche Harnentleerungen und beständiges Kältegefühl in den Extremitäten. In dieser Zeit zeigte sich auch die Exulzeration der Cornea, und der Patient eilte nach Kiew.

Während der Dampferfahrt nach Kiew aß Patient alles ohne Auswahl und klagte nachher über Leibschmerzen. In Kiew wurden ihm, in Anbetracht

es Ulzerationsprozesses der Cornea, Abführmittel verschrieben. Die spärlichen, flüssigen, stinkenden Ausleerungen begannen aber erst am fünften Tage seines Aufenthaltes in Kiew.

Die flüssigen Ausleerungen, die der angewandten Therapie des Augenidens entsprachen, wurden vom Patienten aus eigenem Antriebe dadurch unterhalten, daß er Beeren, Gefrorenes usw. aß.

Eines Abends, etwa fünf Tage vor dem Auftreten der Psychose, ging Patient spazieren. Von Durst geplagt und stark ermüdet suchte Patient auf dem Rückwege verschiedene Restaurationen auf, um auszuruhen und seinen Durst zu stillen, und ließ sich verschiedenes Backwerk und kalte Limonaden usw. geben.

Hierauf stellten sich Leibschmerzen ein, und gleichzeitig erregte der skale Prozeß im Auge ernste Besorgnis. Der Patient wurde zu Bett gebracht, das Zimmer wurde verdunkelt, und auf das Auge wurden beständig Kompressen der ein Druckverband gelegt. Von diesem Zeitpunkt an entwickelten sich die Symptome der psychischen Erkrankung. Der Patient schlief schlecht, lagte nachts über verschiedene Erscheinungen, und endlich zeigten sich die halluzinationen, die im Status praesens beschrieben worden sind.

An Lues hat der Patient nie gelitten. Alkoholische Getränke hat er nie zu sich genommen. Patient raucht sehr mäßig. Er hat ein sehr regelmäßiges Leben geführt und viel gearbeitet. A-n hat einen verschlossenen Charakter; an psychischen oder nervösen Erkrankungen hat er früher nie gelitten.

Eine besonders hervortretende Empfindlichkeit gegenüber Atropin und Iodoform hat A-n in den vorhergehenden Jahren nicht gezeigt. Diesesmal wurden die erwähnten Medikamente nur kurze Zeit angewandt und dann durch Duboisin und Xeroform ersetzt.

Die beschriebene Psychose, die sich beim Patienten recht akut zum erstenmal in seinem Leben entwickelt hatte, nahm einen günstigen Verlauf.

Nach zwei Monaten stellte sich sein psychisches Wohlbefinden allmählich wieder her.

In kurzen Zügen resümiert, bietet uns die angeführte Krankengeschichte folgendes Bild:

Der schlecht genährte Greis leidet an drei chronischen Erkrankungen. Erstens Arteriosklerosis, zweitens Verdauungsstörung, drittens trachomatöse Schrumpfung des Augenlides, die zu ulzerativen Prozessen der Cornea prädisponiert Hierzu gesellt sich eine akut entstandene psychische Erkrankung in Form eines typischen halluzinatorischen Irreseins.

Dieses letztere tritt auf, nachdem der übermüdete, an Verdauungsstörung leidende Patient, zum Zweck der Behandlung des Corneaulcus, in einem Zimmer mit verhängten Fenstern unter-

gebracht wird. Die Psychose beginnt mit Gesichts- und Gehörs-halluzinationen, die den Patienten besonders nächtlicherweile quälen. Gleichzeitig wird Patient unruhig; — er springt auf, gestikuliert, läuft usw. Am Tage wird sein Bewußtsein in der ersten Zeit klarer. Zeitweilig ist er sogar bemüht, sich von seiner Umgebung Rechenschaft abzulegen. In den ersten Tagen antwortet er richtig auf die ihm vorgelegten Fragen. Im weiteren Verlauf der Krankheit verdecken die Halluzinationen und Illusionen vollständig die Wirklichkeit; es tritt starkes Irresein auf und Patient wird für Unterhaltungen unzugänglich. Bestimmte halluzinatorische Ideen hat Patient nicht. Der Inhalt seiner Halluzinationen ist sehr verschiedenartig und wechselt sehr schnell. Seine Gemütsstimmung ist furchtsam und gereizt. Die somatischen Symptome bestehen in der ersten Zeit der Psychose in Hyperämie des Gesichtes, kalten Extremitäten, flüssigen, stinkenden Ausleerungen, schmerzhaftem, aufgetriebenem Leibe, im Auftreten von Eiweiß im Harn, hartem Puls, mäßigem Tremor der Extremitäten, einer Steigerung der Reflexe und in wenig veränderter Schmerzempfindung.

Was die Psychose selbst anbetrifft, so müssen einige klinische Einzelheiten derselben hervorgehoben werden.

Der Zustand des Patienten muß als aufgeregt gelten. Diese Aufregung zeigt sich darin, daß der schwache, ermattete Greis, dem das ruhige Liegen im Bett erwünscht und angenehm sein müßte, sich herumwälzt, gestikuliert, mit den Armen um sich schlägt, aufzustehen versucht, vom Bett aufspringt, sich umsieht und sich versteckt.

Eine derartige Steigerung der Willensakte muß mit den Sinnestäuschungen in Verbindung gebracht werden. Seine Bewegungen sind nicht das Resultat eines Verlangens nach Bewegung, sondern nur die bewußte Reaktion auf Sinnestäuschungen im betreffenden Moment.

Da diese letzteren schnell wechseln, so zeigen, im Einklang hiermit, die Bewegungen auch ein sehr unbeständiges Bild. Aus diesem Grunde verschwand auch — in der ersten Zeit am Tage, in der letzten Woche zum Abend hin — das Bedürfnis nach Bewegung. Die Bewegungen waren dagegen am stärksten in der Epoche der zahlreichsten Halluzinationen.

Unter den Sinnestäuschungen herrschen zweifellos Halluzinationen vor; am Vorhandensein von Illusionen kann gezweifelt werden. Es bestanden Halluzinationen des Gesichts und Gehörs. In der ersten Zeit waren auch Halluzinationen des allgemeinen Sensoriums vorhanden. Die Halluzinationen spielten sich sehr schnell ab.

Die Perzeptionsfähigkeit war bei unserem Patienten nicht vollständig gestört; es kann jedoch mit absoluter Sicherheit angenommen werden, daß in der zweiten Krankheitswoche viele äußere Eindrücke nicht zum Bewußtsein des Patienten gelangten.

Die Aufmerksamkeit des Patienten war zeitweilig, besonders in den ersten Krankheitstagen, zweifellos vorhanden. Darin stimmen wir mit *Orschansky* (S. 353) vollständig überein, daß während einer halluzinatorischen Verwirrtheit dennoch bis zu einem gewissen Grade Apperzeption möglich ist — ein Faktum, das von *Fritsch* (S. 37), *Konrad* (S. 525) und *Mayser* (S. 124) bestritten wird.

Das Bewußtsein war bei unserem Patienten stark herabgesetzt, er versuchte es aber, gestellte Fragen zu beantworten, konnte aufmerksam sein und reagierte auf die Halluzinationen. Alles dieses weist darauf hin, daß das Bewußtsein des Patienten nicht in hohem Maße herabgesetzt war. Zu der Zahl der Ursachen der Bewußtseinsstörung muß der Umstand gerechnet werden, daß die Perzeption durch Halluzinationen gestört wurde, die schnell wechselten und nicht folgerichtig waren. Was das Gedächtnis anbetrifft, so war es in den ersten Krankheitstagen gut erhalten, und in dieser Beziehung bestätigt sich die Ansicht *Fürstners* (S. 531) vollständig, daß das Gedächtnis bei Patienten mit halluzinatorischer Verwirrtheit sogar vollständig normal bleibt. Im weiteren Verlauf aber trat, übereinstimmend mit den Beobachtungen von *Krafft-Ebing* (S. 87) und *Schönthal* (S. 652), ein Verlust des Gedächtnisses ein, der der Bewußtseinsstörung des Patienten parallel verlief.

Die Stimmung unseres Patienten wechselte recht oft. Zeitweilig war die Gemütsstimmung indifferent, was auch *Schüle* und *Wille* (S. 342) in ihrem Falle bemerkt haben. Am häufigsten war Patient furchtsam.

Bei der Untersuchung der Ursachen, die die Entstehung der Psychose begünstigen konnten, mußten wir besonders auf

die gleichzeitige Affektion des Auges unsere Aufmerksamkeit richten.

Der Zusammenhang einer Psychose mit einer Augenerkrankung gilt teilweise für spezifisch, und es werden derartige psychische Störungen unter der Rubrik „Psychosen infolge von Augenverletzungen“ angeführt, wobei eine derartige Bestimmung als genügend angesehen wird.

Als hauptsächlichste ätiologische Bedingungen gelten in diesem Falle der Aufenthalt im Dunkeln und das Fehlen von Gesichtseindrücken; deswegen werden auch derartige Psychosen „Dunkelzimmerdelirien“ genannt (vgl. *Weick* S. 33).

In unserem Falle waren diese Bedingungen vorhanden, und zwar litt unser Patient an einem Augenleiden, es fehlten bei ihm Gesichtseindrücke, und er befand sich in einem dunklen Zimmer.

Aus diesen Gründen könnte man sich auch vollständig mit dieser klaren und allgemein anerkannten Definition zufrieden geben und die erwähnte Störung eine „postoperative Psychose infolge einer Augenverletzung“ nennen. Eine derartige Diagnose erscheint aber bei eingehenderem Studium der Kasuistik der hierher gehörenden psychischen Erkrankungen als wenig verlockend.

Wenn man die diesbezüglich publizierten Krankengeschichten durchsieht, stößt man auf äußerst verschiedenartige Psychosen.

Dupuytren (1828) richtete als erster sein Augemerck darauf, daß einige von ihm operierte Patienten sehr lustig waren, sich viel bewegten und zu Schwatthaftigkeit neigten. Gleichzeitig irrten sie sich in der Orts- und Zeitbestimmung und erkannten die sie umgebenden Personen nicht. Der obere Teil des Körpers dieser Patienten war zu dieser Zeit mit Schweiß bedeckt, die Augen glänzten, und die Schmerzempfindung hörte vollständig auf. Diese Erkrankungen nannte der Autor „nervösen Wahn“ und beobachtete bei denselben tödlichen Ausgang.

Frankl-Hochwart behauptet, daß man hierbei vier Formen von Psychosen unterscheiden kann, und zwar:

1. Halluzinatorische Verwirrtheit.
2. Senile Verwirrtheit.
3. Formen von Geistesstörungen bei Alkoholikern und
4. Inanitionspsychosen, die gewöhnlich letal verlaufen.

Fabian beschrieb eine transitorische Manie mit epileptischer Grundlage.

Berry teilte einen Fall mit, der dem von *Fabian* beschriebenen Fall analog war.

Schmidt-Rimpler sah eine viertägige Psychose, in der Symptome von Verstreutheit, Furcht und Halluzinationen vorherrschten.

Sichel und *Lanne* publizierten die Beschreibung einer Geistesstörung ihrer Patienten, die sie „nervösen Wahn“ nannten, und deren Besonderheiten in einem Unvermögen sich zu orientieren, in Verfolgungswahn und in dem Wunsch bestanden, schneller nach Hause zu gelangen.

Schnabel spricht von akut entstandenen und schnell vergehenden Wahnleiden bei seinen Patienten.

Kretschmer nennt diese Geistesstörungen transitorische Psychosen, geht aber nicht auf die Einzelheiten des klinischen Bildes ein.

Szumann beobachtete eine Dementia acuta mit protrahiertem Verlauf.

Seitz sah einen Anfall von maniakalischer Tobsucht.

Simi und *Bobone* erwähnen ein délire opératoire.

Poncet sah Wahnvorstellungen bei einem seiner Patienten, dem es immer schien, daß sein Auge wiederhergestellt sei.

Zehenter und *Warlomont* beobachteten bei ihren Patienten eine ungewöhnliche Aufregung, so daß sie sich gezwungen sahen, die Zwangsjacke anzuziehen.

Lanne, *Magne*, *Gorezki*, *Véné*, *Valude*, *Santos-Fernandez*, *Simi* und *Rau* nennen die Psychose der von ihnen Operierten „nervösen Wahn“.

Hirschberg gibt an, daß sein Patient an Säuerwahn litt.

Lunkewitsch beschreibt eine akute Manie bei einem seiner Patienten.

Ryndoorsky sah in einem analogen Fall grauerregende Wahnvorstellungen.

Webster behauptet, daß sein Patient unter klinischen Erscheinungen einer Dementia zugrunde ging. Sie äußerte sich darin, daß der Patient irregt war, Gedächtnisschwäche zeigte und beständig den Verband abriß.

Marlier sah unter denselben Bedingungen einen Anfall von Melancholie mit Stupor verbunden.

Rau beobachtete ein zeitweiliges Irresein.

Wecker und *Cambel* beobachteten Wahnvorstellungen bei ihren Patienten.

Löwy sah einen Erregungszustand wie bei senilem Schwachsinn.

Fromaget sah Wahnvorstellungen, Irresein und verschiedene Wahnideen. Diesen Zustand der Patienten, der sich nach überstandener Operation entwickelte, nennt er „Traumwahn“.

Weick beobachtete bei drei Patienten halluzinatorisches Irresein. Dasselbe sah *Michel*.

Was die Erkrankungen des Auges selbst anbetrifft, so konstatieren die Autoren, die der Verletzung des Auges in der Ätiologie der psychischen Erkrankungen eine so große Bedeutung zumessen, bisher noch nicht, welcher Teil des Augapfels in einem derartigen Fall sich als besonders empfindlich darstellt, so daß

seine Verletzung am gefährlichsten für die psychische Gesundheit ist.

Beim Patienten von *Dupuytren* trat die Psychose nach einer Parazentese der Cornea ein.

Der von *Griesinger* erwähnte Patient (von *Herzog* operiert) erkrankte an einer Geistesstörung nach einer Transplantation der Sehnen der *M. recti* zur Korrektur des Schielens.

Santos-Fernandez, Rau, Guende, de Wecker, Valude, Löwy, Fromagot, Cambel, Magne, Schnabel, Kretschmer, Marlier, Landsberg, Elschnig, Frankl-Hochwart, Lanne, Warlomont, Gorecki, Lunkewitsch, Byndowsky, Webster und *Weick* beobachteten eine Geistesstörung nach Kataraktoperationen.

Schmidt-Rimpler sah Geistesstörung bei syphilitischer Iritis und bei Iridochoroiditis.

Geistesstörung nach einer Iridektomie bei Glaukom beobachteten *Hirschberg, Frankl-Hochwart* (11,27 Fälle), *Webster* und *Valude*.

Elschnig beobachtete eine psychische Erkrankung nach Excochleation eines Corneaulcus.

Webster sah eine psychische Störung bei Panophthalmitis.

Über Geistesstörungen nach Enucleatio bulbi berichten *Frankl-Hochwart* (5,29 der Fälle) und *Truelle*.

Fabian beobachtete eine Geistesstörung bei einem Arbeiter nach einer Verwundung des Auges durch einen Eisensplitter, der die Cornea so breit perforiert hatte, daß durch die klaffende Wunde die Iris vorgefallen war.

Simi sah bei zwei Patienten Delirien, die sich nach einer Trepanation der Cornea entwickelt hatten.

Szumann beschrieb eine Geistesstörung bei einem Patienten, bei dem der Bulbus oculi perforiert werden mußte, nachdem ein ins Auge geratene „Etwas“ eine Reizung des Augapfels hervorgerufen hatte.

Poncets Patient litt an „nervösem Wahn“, nachdem er sein Auge infolge eines Traumas eingebüßt hatte.

Es haben also verschiedene Augenerkrankungen, die eine Entfernung des ganzen Augapfels erfordern, oder auch Erkrankungen einzelner Teile des Augapfels oder des oculomotorischen Muskelapparates eine Geisteserkrankung zur Folge.

Einige Autoren sind bemüht, die Bedeutung der Augenoperationen in der Ätiologie der hierbei entstehenden psychischen Störungen genauer zu erklären.

Kräpelin schreibt den Lichtempfindungen eine gewisse Rolle zu, die den Operierten fehlen, da sie sich in einem dunklen Zimmer aufhalten müssen.

Eine gleichartige Ansicht sprechen *de Wecker, Landolt, Schnabel, Guende, Motais, Krafft-Ebing, Hirschberg, Parinaud, Truelle, Weick* und *Valude* aus.

Marlier, Santos-Fernandez und *Hirschberg* glauben hieran fest, da in ihren Fällen sofort Heilung der Psychose eintrat, nachdem der Verband vom Auge entfernt worden war.

Löwy ist auch der Ansicht, daß die Ursache für die Wahnideen in dem die Augen verdeckenden Verbands zu suchen ist. Die hierdurch entstehende Dunkelheit veranlaßt, nach der Ansicht des Autors, den Patienten dazu zu schlafen, und der Schlaf begünstigt Wahnideen.

Dem Fehlen von Licht und von Gesichtseindrücken messen *Schmidt-Rimpler* und *Frankl-Hochwart* im Sinne eines ätiologischen Momentes der Psychose eine wichtige Bedeutung zu.

Diese Erklärungen erwecken jedoch starke Zweifel an ihrer Bedeutung.

Das Licht fehlt in den Zimmern, in denen sich derartige Patienten aufhalten, durchaus nicht absolut, und von einer totalen Finsternis, in der man in der Tat nichts unterscheiden kann, wird in den diesbezüglichen Krankengeschichten auch gar nicht gesprochen.

Der Patient von *Schmidt-Rimpler* z. B. wurde nicht in einem absolut dunklen, sondern in einem halbverdunkelten Zimmer untergebracht, in dem man deutlich größere Gegenstände unterscheiden konnte.

Die Erkrankung seines Patienten erklärt *Fabian* durch den Einfluß des Kontrastes von Dunkelheit und hellem Tageslicht. Im dunkeln Zimmer jedoch wurde sein Patient gar nicht gehalten, und es fehlten ihm daher weder Licht- noch Gesichtseindrücke. Was den Patienten von *Szumann* anbetrifft, so wird gar nicht erwähnt, daß er sich in einem dunkeln Zimmer aufhielt. Dasselbe kann von einigen Fällen *Hirschbergs, Schnabels, Poncets, Seitz'* und *Elchnigs* gesagt werden, in denen die Verdunkelung nur kurze Zeit dauerte und hierbei genügend Licht vorhanden war, so daß der Patient sich in der Umgebung vollständig orientieren konnte.

Andere Autoren wieder schreiben die Psychosen außer dem Fehlen von Licht- und Gesichtseindrücken auch noch anderen zufälligen Ursachen zu.

Krafft-Ebing, Véné, Truelle und *Rau* behaupten, daß derartige Patienten gewöhnlich erblich belastet sind, unentwickelt sind oder zur Zahl der Idioten oder Hysterischen gehören.

Parinaud, Simi, Cambell, Wecker, Arlt, Schnabel und *Landsberg* schreiben der Angst und Erregung eine bedeutende Rolle zu, die ja sehr schwer auf das psychische Gleichgewicht der Patienten einwirken.

Michel ist der Ansicht, daß ein schlechter Ernährungszustand und Marasmus der Patienten die Entwicklung der Psychose begünstigt.

Truelle, Fernandez, Motais, Becker, Fuchs, de Wecker et Landolt, Sichel und Calveron sehen den Hauptgrund für die Geistesstörung im Alkoholmißbrauch.

Dufour, de Wecker et Landolt, Schnabel, Truelle und Fernandez nennen als Ursachen für die Entwicklung der Psychosen die Isolation der Patienten, ihre Unbeweglichkeit, die Verringerung der Nahrung usw.

De Wecker et Landolt, Lunkewitsch, Ryndowsky, Truelle und Fernandez sind eher der Ansicht, daß die Atropinvergiftung für die Entwicklung der Psychosen von großer Wichtigkeit sei.

Schnabel macht die Zirkulationsstörung des Blutes im senilen Gehirn für das Entstehen der Psychose verantwortlich.

Motais ist geneigt, dem Zucker eine gewisse Bedeutung zuzuschreiben, der bei vielen mit Katarakt behafteten Individuen im Blut beobachtet wird.

Fromaget erklärt in seinen Fällen die Psychose durch urämische Erscheinungen.

Wir haben also einerseits mit einer großen Vielfältigkeit der Psychosen, die nach Augenoperationen entstehen, zu tun, und andererseits ist es unmöglich irgend eine Abhängigkeit derselben von einer Erkrankung einzelner Teile des Auges zu konstatieren. In den Aufzählungen der hauptsächlichsten ätiologischen Momente, die die Psychose begünstigen, finden wir außer der Hauptursache — der Verdunkelung des Zimmers — auch noch viele andere nebensächliche Momente, und zwar führt jeder Autor in seinem Falle spezifische Schädlichkeiten an, die die Schwere der Hauptursache der Psychose noch verstärkt haben. Das Hauptargument jedoch zugunsten der ätiologischen Abhängigkeit der Psychose von der Augenerkrankung scheint nur die Aufeinanderfolge der Ereignisse zu sein; und nur deswegen wird in den beschriebenen Fällen die betreffende Psychose dem Augenleiden zugeschrieben, weil das unmittelbar vorhergehende Ereignis die Augenverletzung war. Nur diese Aufeinanderfolge der Fakta dient den Autoren als hauptsächlichlicher Stützpunkt in ihrem Bemühen, die Ursache der Psychose durch die Erkrankung des Auges zu erklären.

Durch die vorhandenen Beobachtungen ist es jedoch noch bei weitem nicht bewiesen, daß Augenoperationen oder Verletzungen des Auges einen so bedeutenden traumatischen Effekt für den Organismus darstellen, um eine Psychose hervorrufen zu können.

lit *Frankl-Hochwart* kann man sich durchaus nicht einverstanden erklären, der hier irgendeinen reflektorischen Einfluß der Schmerzempfindungen vermutet, deren Quelle die Verletzung der Augennerven ist. Eine derartige ätiologische Abhängigkeit zwischen der Angenerkrankung und der entstehenden Psychose könnte in dem Falle anerkannt werden, wenn es sicher festgestellt wäre, welcher von den vielen Augennerven hierbei beschädigt werden muß.

Der Einfluß einer Augenoperation auf das Entstehen einer Geistesstörung würde klar auf der Hand liegen, wenn das bei diesem ätiologischen Moment entstehende psychische Leiden immer dasselbe und in allen Fällen gleichförmig wäre, oder unter einem und denselben Symptomen auftreten würde. Diesem widersprechen jedoch die vorhandenen Beobachtungen vollständig. Wie wir soeben darauf hingewiesen haben, besteht keinerlei Abhängigkeitsverhältnis zwischen der Art der Operation, der Schwere der Verletzung des Auges, der Stelle der letzteren und der entstehenden Psychose. Andererseits beeinträchtigt die Verschiedenheit der psychischen Formen, die hierbei auftreten, die Berechtigung der Annahme, daß die Augenverletzung einen besonderen Einfluß auf das geistige Wohlbefinden des Patienten ausüben kann.

Die Verteidiger des spezifischen Einflusses der Augenverletzungen auf die Ätiologie der Geisteserkrankungen machen, ohne daß sie es augenscheinlich selbst merken, einige Bemerkungen, die ihre Behauptungen in bedeutendem Maße abschwächen. Unter anderem charakterisiert ein Teil der Autoren ihre Patienten als erblich belastet, prädisponiert zu nervösen Erkrankungen oder schreibt denselben Neigung zu Alkoholmißbrauch zu (*Sichel, Fabian, Schmidt-Rimpler, Frankl-Hochwart* u. a.).

Magne, Kräpelin, Krafft-Ebing und *Fuchs* sehen eine nebenächliche Ursache der Psychose in der Erschöpfung des Organismus solcher Patienten, in der ungenügenden Ernährung derselben usw.

Aus diesen Bemerkungen kann jedoch gefolgert werden, daß die Operation in diesen Fällen nur ein zufälliges Moment bei der Entstehung der Geisteskrankheit abgegeben hat, und daß die

Operation an und für sich ohne das Prädisponiertsein für geistige Erkrankungen die Psychose nicht hätte hervorrufen können.

Engelhardt teilt alle Fälle von Psychosen, die nach der Operation entstehen, in zwei Gruppen. Zur ersten Gruppe rechnet er die psychischen Erkrankungen von Individuen, die vor der Operation in dieser Beziehung vollständig gesund gewesen sind; zur zweiten Gruppe gehören seiner Klassifikation nach psychische Störungen bei Individuen, die schon früher eine Geisteserkrankung überstanden haben.

Was die erste Kategorie von Patienten anbetrifft, so ist ihr Psychose, nach der Ansicht des Autors, durch eine Intoxikation oder durch Aufregung bedingt worden.

Piqué spricht analoge Ansichten aus. Er behauptet, daß postoperative Psychosen durch verschiedenartige Intoxikationen hervorgerufen werden; zuweilen ist hier der Alkohol schuld, in einem andern Fall das Chloroform oder Jodoform, endlich wird die psychische Störung nicht selten durch Septikämie bedingt. Daß die Operation an und für sich die Chancen für das Entstehen einer psychischen Erkrankung nicht vergrößert, davon konnte sich der Autor überzeugen, indem er einen Geisteskranken operierte, dessen Geistesstörung nach einer eitrigen Entzündung des Kniegelenkes entstanden war. Nachdem er diese Extremität amputiert hatte, die ja einen toxischen Herd darstellte, hatte *Piqué* das Vergnügen, gleichzeitig auch die Beseitigung der Psychose des Patienten durch diesen Eingriff zu beobachten.

Es würde vielleicht die Bedeutung eines operativen Eingriffes oder einer gewissen Verletzung immer in einem vollständig andern Lichte erscheinen, wenn diese Frage genauer beleuchtet werden würde. Dabei würde sich vielleicht herausstellen, daß beim Patienten schon vor der Operation eine Geisteserkrankung bestanden hat, und daß die Operation keine weitere Bedeutung gehabt hat und nur zeitlich mit der Erkrankung zusammengefallen ist.

Pick z. B. beschreibt die Erkrankung einer 37jährigen Patientin, die infolge einer Geisteserkrankung, die während einer operativen Behandlung eines Kataraktes entstanden war, in der Irrenanstalt untergebracht wurde. Unter anderem schreibt *Pick* folgendes: „Nachdem mehrmals Diszisionen und

am rechten Auge eine präparatorische Iridektomie gemacht worden war, trat etwa acht Tage nach dieser letzteren, eben zur Zeit der Menses, ein durch mehrere Wochen andauernder Zustand von Aufregung und Verwirrtheit auf, weswegen Patientin in die Irrenanstalt abgegeben wurde. Dort konnten eben den Erscheinungen der anfallsweise auftretenden Verwirrheitszustände auch typische Krämpfe in den oberen Extremitäten beobachtet werden.“ Die Anamnese ergab, daß die Patientin schon früher an Tetanie gelitten und angeblich immer als etwas närrisch gegolten habe.

Valude behauptet, daß in einigen Fällen die Operierten bereits früher krank waren, und daß nur deswegen die geringfügige chirurgische Maßnahme Halluzinationen nach sich gezogen habe.

Zu einem annähernd gleichen Resultat gelangte auch *Hartmann* in einem Vortrage in der chirurgischen Gesellschaft: „Über postoperative Psychosen bei gynäkologischen Patientinnen.“ Eine gleiche Bedeutung können auch die Augenoperationen haben.

Auf Grund dieser Überlegungen erlauben wir es uns, die Annahme auszusprechen, daß die nach Augenoperationen oder Augenverletzungen beobachteten Psychosen nur relativ von ihnen abhängig sind. Die Operation war vielleicht der letzte Moment, der zufällig mit dem Beginn der betreffenden psychischen Erkrankung zusammengefallen war.

Die erhöhte Prädisposition für eine Geisteserkrankung, die das betreffende Individuum in sich trug, war genügend, um dieselbe hervorzurufen, und es bedurfte nur eines geringfügigen Traumas, um die Psychose zum Ausbruch kommen zu lassen. Das psychische Leiden fiel also nur zufällig zeitlich mit der Augenerkrankung zusammen und hatte seine eigenen, selbständigen Ursachen.

Wir besitzen unter anderem eine klinische Beobachtung *Meyers*, die teilweise unsere Ansicht bestätigt. Der zitierte Autor beschreibt die Erkrankung einer 68jährigen Greisin mit akut entstandenem Katarakt auf beiden Augen, bei der noch vor der Operation Schlaflosigkeit, nächtliche Beängstigungen, Gesichtshalluzinationen und ein unangenehmes Gefühl von Geschaukeltwerden im Bett (Schwindel) auftrat. In dieser Krankheitsperiode wurde am linken Auge die Kataraktoperation ausgeführt. Die ersten zwei Nächte nach der Operation war die Patientin ruhig; in der dritten Nacht traten die früheren Halluzinationen wieder auf und blieben einige Tage hindurch stationär. Mit der Wiederherstellung der Sehkraft jedoch (nur im einen, operierten Auge),

fügt der Autor hinzu, trat wieder vollständiges psychisches Wohlbefinden ein.

Ohne die Ursache der wunderbaren Heilung der Psychose, die der Autor ausschließlich der Entfernung des Kataraktes zuschreibt, in diesem Falle genauer zu untersuchen, lenken wir die Aufmerksamkeit darauf hin, daß die Psychose schon vor der Operation entstanden war und sofort nach der operativen Verletzung des Auges verschwand. Wenn die Operation um einige Wochen früher ausgeführt worden wäre, dann wären wahrscheinlich die ersten Symptome der Psychose in die Zeit des Zubettliegens und des Aufenthalts der Patientin im dunkeln Zimmer gefallen, und der Autor hätte die ganze Schuld an dem Entstehen der Psychose der Operation zugeschrieben, statt derselben die Heilung der Psychose zuzumessen.

Sulzer beobachtete bei einer 92jährigen Patientin eine Psychose, die sich nach einer Kataraktextraktion entwickelte und erst aufhörte, als der Arzt ein Wiederssehen der Patientin mit ihrer Tochter bewerkstelligt hatte. Diese Beobachtung zeigt, daß die Psychose weder durch die Kataraktoperation noch durch die Folgen derselben — Fehlen des Lichtes, Verringerung der Ernährung, Zubettliegen usw. — bedingt worden war, da dieselben nach wie vor weiterbestanden.

Viele Autoren schreiben der Augenoperation nur einen wohltätigen Einfluß auf das psychische Gleichgewicht des Menschen zu. Aus den Beobachtungen derselben würde hervorgehen, daß die Augenoperation keinen so schlechten Einfluß haben kann, wie er derselben von anderen Autoren zugeschrieben wird. *Berker* z. B. führt drei Krankengeschichten an, aus denen ersichtlich ist, daß die Geisteserkrankung in Form von halluzinatorischem Irresein, zirkulärer Geisteserkrankung, ja sogar senilem Schwachsinn mit akuter Melancholie nach Kataraktoperation verschwand.

Moulton beschreibt die Heilung einer Melancholie dank einer Enukleation des Augapfels.

Der Erfolg *Moultons* u. a. garantierte jedoch kein absolut sicheres Gelingen. *Desraus*, der eine psychisch Kranke wegen Katarakt in dieser Weise operierte, konnte die Psychose derselben hierdurch nicht beseitigen.

Aus diesen Beobachtungen *Beckers* und *Moultons* kann, ohne den Heilungswert der Augenoperation für die Psychose näher zu beurteilen, jedenfalls gefolgert werden, daß die Augenoperationen durchaus keine so starke ätiologische Bedeutung haben, wie sie ihnen zugeschrieben wird.

Leider zeichnen sich die Krankengeschichten, die Beschreibungen von Psychosen bei Augenleiden enthalten, mit wenigen Ausnahmen zu sehr durch Unvollständigkeit aus, als daß auf Grund derselben in jedem einzelnen Fall die Frage über die Bedeutung des operativen Eingriffes für die Entstehung der Psychose zu lösen wäre.

In allen Fällen ist die Beschreibung der Untersuchung der somatischen Sphäre sehr kurz oder fehlt auch vollständig. Mit wenigen Ausnahmen fehlt eine Angabe über die Untersuchung des Harnes. Sehr häufig findet das Blutgefäßsystem und die Funktion des Verdauungskanales keine Beachtung. Das Nervensystem ist oft gar nicht untersucht worden. Eine Anamnese fehlt entweder ganz, oder es fehlen in derselben Hinweise auf den vorangehenden psychischen Gesundheitszustand, auf Prädisposition für Geisteserkrankungen, auf Ereignisse, die unmittelbar der Operation vorangingen, und auf Veränderungen der Geisteskräfte des Patienten in der Periode vor der Operation.

Dennoch ist es trotz der Unzulänglichkeit der Untersuchung klar, daß bei der Mehrzahl der Patienten Arteriosklerose bestand. Dieses ist aus den Hinweisen auf das hohe Alter der Patienten sowie aus Aufzeichnungen in der Anamnese über Alkoholmißbrauch oder überstandene Lues ersichtlich.

Das Alter der Patienten von *Schnabel* schwankte zwischen 60 und 83 Jahren. Das Alter der Patienten *Hirschbergs* betrug 63, 67, 70 und 71 Jahre. Von den 31 Patienten *Frankl-Hochwarts* standen 24 im Alter von 61–90 Jahren. Von den zwei Patienten *Sichels* war der eine 70 und der andere 71 Jahre alt. *Lannes* zwei Patienten standen im Alter von 72 und 80 Jahren. Der Patient *Warlomonts* war 67 Jahre alt. *Schmidt-Rimpler* bezeichnet das Alter seiner Patienten mit 76, 57 und 49 Jahren.

Ryndowsky beschreibt die Erkrankung eines 70jährigen Greises.

Landsbergs Patienten waren 57, 60 und 65 Jahre alt.

Das Alter der Patienten *Beckers* betrug 67, 69 und 81 Jahre.

Webster beschreibt die Erkrankung eines 67jährigen Bauers. *Valude* beobachtete eine Psychose bei einer 65jährigen Frau. *Marlier* berichtet über

eine Geistesstörung bei einer 60jährigen Greisin. *Décès* beobachtete eine Psychose bei zwei Greisen im Alter von 70 und 76 Jahren. Die Kasuistik von *Santos-Fernandez* bezieht sich auf Personen im Alter von 84, 80, 75, 63, 64, 54 und 47 Jahren.

Guende erwähnt in seinem Aufsatz Greise von 72, 65, 60, 69 und 64 Jahren.

Sulzers Patientin war 93 Jahre alt.

Die Patientin *Löwys* stand im Alter von 78 Jahren.

Fromaget bezeichnet das Alter seiner Patienten mit 93 und 77 Jahren.

Das Alter der Patienten von *Weick* betrug 74, 73 und 55 Jahre usw.

Sichel behauptet kategorisch, daß derartige Geisteserkrankungen bei Augenverletzungen nicht vor dem 60. Lebensjahr beobachtet werden.

Diesem hohen Alter der Patienten und der hiermit verbundenen Gefäßdegeneration muß eine hervorragende Bedeutung zugeschrieben werden.

In der Literatur finden sich Hinweise darauf, daß bei Greisen eine akute psychische Störung genau in derselben Form, wie sie nach Augenoperationen und Kataraktextraktionen beobachtet wird, auch nach Operationen an anderen Körperteilen vorkommt.

Eine vorzügliche, äußerst genaue Krankengeschichte führt z. B. *Fenayrou* an. Sein 60jähriger Patient sollte sich einer kleinen Operation unterziehen und zwar einer Unterbindung der A. brachialis in der Axilla, indiziert durch eine aneurysmatische Erweiterung derselben. Eine besondere Aufregung oder Furcht vor der Operation verspürte Patient nicht, gegen die chirurgische Behandlung protestierte er nicht im geringsten, sondern freute sich im Gegenteil darüber, auf so schnelle und radikale Weise sein Leiden loszuwerden. Am achten Tage der Nachoperationsperiode, die nicht ganz befriedigend verlief, zeigten sich beim Patienten plötzlich Schlaflosigkeit, Unruhe, Gehörs- und Gesichtshalluzinationen, Verwirrtheit, Furcht und andere Symptome, wie sie als typische Erscheinungen von Psychosen nach einer Augenoperation oder Augenverletzung beschrieben werden.

Der Patient genas erst vollständig acht Monate nach der Operation. Die Wunde heilte bereits am Ende der dritten Woche nach der Operation.

Diese Beobachtung zeigt, daß die postoperative Psychose im betreffenden Falle, obgleich vollständig einer Psychose nach einer Augenoperation ähnlich, bei einem Patienten entstanden war, der sehen konnte, sich nicht in einem dunkeln Zimmer befand, sich nicht aufregte und die Operation nicht fürchtete, welchen Umständen ja die einzelnen Autoren eine große Bedeutung zuschreiben. Dagegen besteht hier eine Gefäßerkrankung.

Auf die Möglichkeit einer Entwicklung von Geisteserkrankungen infolge von Arteriosklerose ist schon seit langer Zeit hingewiesen worden.

Fürstner beobachtete bei Greisen, die an Arteriosklerose litten, Psychosen in Form von halluzinatorischer Verwirrtheit, die den Psychosen nach Augenoperationen sehr ähnlich waren. In Form von Prodromalsymptomen verspüren derartige Patienten Kopfschmerzen, Druckgefühl im Kopf, Schwindel und leiden an profusen Schweißausbrüchen. Hierzu gesellt sich Obstipation, Schlaflosigkeit, Gereiztheit und weinerliche Stimmung. Nach diesen unbedeutenden Störungen geraten derartige Individuen in einen Erregungszustand; sie werden von Halluzinationen befallen; sie sind dann vollständig verwirrt und können sich weder in bezug auf Ort und Zeit noch in ihrer Umgebung orientieren. Außer durch die Halluzinationen wird die Verwirrtheit noch durch zahlreiche Illusionen begünstigt. Die hierbei entstehende Erregung ist in der motorischen Sphäre ausgesprochen und besteht in einem Verlangen während aufzustehen, aufzuspringen, mit den Fäusten an den Kopf zu schlagen usw. Ein derartiger halluzinatorischer und verwirrter Zustand kann Wochen, ja sogar Monate lang anhalten und dann erst tritt allmählig eine Aufklärung des Bewußtseins ein.

Köppen teilt einige Fälle mit, von denen der Patient *Vandrots* (Nr. 89) ganz besonders typisch ist; es handelt sich hier um einen 59 jährigen Schneider mit Arteriosklerose und Eiweiß im Harn. Nachdem der Patient wegen der ödematösen Schwellung der Beine in die Klinik für innere Krankheiten aufgenommen war und hier einige Tage sich vollständig ruhig verhalten hatte, geriet er plötzlich in Erregung, fürchtete alles und versuchte zu fliehen. Hierauf wurde er in die psychiatrische Abteilung übergeführt, wo er nachts von Gesichts- und Gehörhalluzinationen verfolgt wurde. Tagsüber beruhigte er sich, sein Bewußtsein blieb aber schwer gestört, nur zeitweilig konnte er auf Fragen über seine Umgebung richtige Antworten geben.

Köppen hält diesen Zustand für ein Delirium und ist der Ansicht, daß die Ursache dafür teilweise in einer Degeneration der Gefäße und teilweise im Auftreten von Eiweiß im Harn gesucht werden muß. *Köppen* hält die Verstärkung der Halluzinationen in der Nacht, die Beruhigung am Tage und die teilweise Aufhellung des Bewußtseins, wenn auch nur für kurze Zeit, besonders im Beginn der Erkrankung, wobei sich der Patient wenigstens zeitweilig orientieren konnte, für die betreffende Erkrankung charakteristisch.

Zingerle fand, daß Greise, selbst ohne Vorhandensein von starker Arteriosklerose, zeitweilig eine psychische Störung erleiden können, die äußerst akut entsteht und sich in einer halluzinatorischen Verwirrtheit äußert. Der Autor sieht hierin nur ein Zeichen oder die Folge der senilen Involution des Organismus.

Schmidt ist der Ansicht, daß der Beginn dieser Involution des Organismus in das 55. bis 65. Lebensjahr verlegt werden muß. Für die unmittel-

bare Ursache dieser Involutionsprozesse hält der Autor die arteriosklerotischen Veränderungen der Gefäße.

Voisin, Binswanger und in letzter Zeit *Ritti* beobachteten bei arteriosklerotischen Greisen Anfälle von halluzinatorischer Verwirrtheit, die den Anfällen von halluzinatorischer Verwirrtheit nach Operationen am Auge vollständig ähnlich waren.

In neuester Zeit beobachtete *Orthmann* psychische Erkrankungen auf arteriosklerotischer Grundlage sogar bei jungen Leuten im Alter von 20 bis 30 Jahren. In seinen Fällen zeichnete sich die Entwicklung der Geisteserkrankungen durch folgende Besonderheiten aus. Die Patienten verspürten in einer gewissen Lebensperiode Kopfschmerzen, Schweregefühl im Kopf, Neigung zu Schwindel, Druckgefühl in der Herzgegend, Herzklopfen, Kälte- oder Hitzegefühl in den Extremitäten. Diese unschuldige Erkrankungsform wurde jedoch plötzlich von einer halluzinatorischen Verwirrtheit, Erregung und Angstanfällen abgelöst. Die Patienten halluzinierten, tobten, konnten nicht im Bett liegen, liefen schreiend im Zimmer umher, schlugen mit den Fäusten gegen den Kopf, rissen sich Haare aus, verteidigten sich gegen die Personen, die sie beruhigen wollten, flohen irgendwohin, verletzten sich, führten zuweilen Selbstmordversuche aus usw.

Das Bewußtsein derartiger Patienten ist in dieser Zeit im höchsten Grade verwirrt. Sie können sich durchaus nicht orientieren. Ihr Gesicht ist hyperämisch und mit klebrigem Schweiß bedeckt. Der Puls steigt bis auf 140 Schläge in der Minute. Ein derartiger Zustand kann in Form eines kurzen Anfalles auftreten. Die Erinnerung an einen derartigen Anfall ist äußerst unklar. Intelligente Patienten können sich jedoch Rechenschaft davon ablegen, was sie gefühlt haben. Sie erwähnen schreckliche Halluzinationen, Angstgefühl und gleichzeitig auftretende Schmerzen in der Herzgegend. Zuweilen wiederholen sich derartige Anfälle, und dann zeichnet sich die halluzinatorische Verwirrtheit durch einen langwierigen Verlauf aus.

Greppin beobachtete häufig bei Greisen mit Arteriosklerose unter anderen Geistesstörungen auch halluzinatorische Verwirrtheit. Diese Erkrankung entwickelte sich bei ihnen ebenso wie andere Geistesstörungen zuweilen auf Grund von zufälligen Intoxikationen, die für das Auftreten der betreffenden Psychose in einem solchen Falle den letzten Anstoß gab.

Die angeführten Beobachtungen der zitierten Autoren erlauben es, einige allgemeine Schlußfolgerungen zu ziehen.

Wir sehen erstens, daß die Ätiologie der „Psychosen infolge einer Augenoperation“ nur auf Grund der Aufeinanderfolge der Ereignisse konstatiert wurde. In vielen Fällen muß man sich die Entstehung der Psychose unter derartigen Verhältnissen als ein zufälliges Zusammentreffen vorstellen, das keine nähere Beziehung zur Operation hat.

Aus der zitierten Literatur ist ferner ersichtlich, daß psychische Erkrankungen bei Augenoperationen hauptsächlich bei Greisen vorkommen.

Drittens werden analoge Psychosen bei Greisen und überhaupt bei Leuten beschrieben, die an Arteriosklerose leiden, wobei die psychische Störung bei denselben ohne jede Operation zur Entwicklung kommt.

Viertens zeigen glaubwürdige Beobachtungen, daß Greise verschiedenen Intoxikationen leicht unterliegen, die den Grund für das Entstehen einer Psychose abgeben können.

Die Gesamtheit dieser Schlußfolgerungen ergibt, daß die Psychosen, die nach Augenoperationen entstehen, durchaus nicht spezifisch sind und speziell zu der Kategorie von Psychosen gehören, die sich mit Vorliebe bei Greisen mit ausgesprochener Arteriosklerose entwickeln.

Da der von mir beschriebene Patient in hohem Alter stand, da sein Gefäßsystem atheromatöse Degeneration aufwies, außerdem Eiweiß im Harn gefunden wurde, und da gleichzeitig der Darmkanal eine Erkrankung aufwies, hatten wir das Recht, anzunehmen, daß hier günstige Bedingungen für eine Autointoxikation vorlagen. Infolgedessen betrachten wir die psychische Erkrankung unseres Patienten als halluzinatorische Verwirrtheit des Greisenalters toxischen Ursprunges und nicht als postoperatives Irresein oder als Dunkelzimmerdelirium.

Aus der Zahl der toxischen Medikamente, die durch das Corneaulcus in den Organismus eindringen, schließen wir den Einfluß des Jodoforms vollständig aus, da nur minimale Dosen zur Anwendung kamen und das Jodoform sehr bald durch Xeroform ersetzt wurde.

Auch der Wirkung des Atropins kann hier kein Einfluß zugeschrieben werden, da letzteres ebenfalls nur in kleinen Dosen und kurze Zeit hindurch abwechselnd mit anderen Mitteln angewandt und dann vollständig durch Duboisin ersetzt wurde.

Literatur.

- Alzheimer*, Beitrag zur patholog. Anatomie der Seelenstörung des Greisenalters. Neurol. Zentralbl. 1899.
- Arlt*, Handbuch der gesamten Augenheilkunde. *Graefe-Saemisch*, 1874. S. 309. III. Bd., 1. T.
- Becker*, Zwanzig Jahre klinischer Tätigkeit an der Universitäts-Augenklinik Heidelberg 1888.
- Berry* siehe *Löwy*.
- Beyer*, Zur Pathologie der akuten halluzinatorischen Verworrenheit. Arch. f. Psychiatric, XXVII, 233.
- Binswanger* siehe *Ritti*.
- Calveron* siehe *Fromaget*.
- Croom*, Psychoses following pelviabdominal operations. Eding. Med. Journal 1901, IX, 205.
- Décès* siehe *Marlier*.
- Desvaux* siehe *Weick*.
- Dupuytren*, Clinique chirurgicale, 1828, I, 55.
- Elschnig*, Geistesstörung nach Augenoperationen. Wiener med. Blätter, 1887.
- Engelhardt*, Zur Lehre der postoperativen Seelenstörungen. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. LVIII, S. 48, 1901.
- Esquirol*, Des maladies mentales. Paris 1838.
- Fabian*, Ein Fall von Psychose nach Augenverletzung. Dissert. Königsberg 1893.
- Fenayrou*, Relation d'un cas de confusion mentale postopératoire. Arch. d. Neurol. 1899.
- Frankl-Hochwart*, Über Psychosen nach Augenoperationen. Jahrbücher f. Psychiatrie, IX, 1890.
- Fritsch*, Verwirrtheit. Jahrbücher f. Psychiatrie, Bd. II, 1881.
- Fromaget*, Les délires postopératoires en Ophthalmologie. Annales d'oculistique, Vol. 123, pga. 183.
- Fuchs*, Lehrbuch d. Augenheilkunde, 1897.
- Fürstner*, Über die Geistesstörungen des Senium. Arch. f. Psych., XX, 465.
- Griesinger*, Pathologie der psychischen Krankheiten, 1871.
- Greppin*, Über senile Psychosen. Korrespondenzblatt für Schweizerische Ärzte, 1898.
- Gorezki* siehe *Fromaget*.
- Guende*, Recueil d'ophthalmologie, 1899.
- Gutsch*, Über Seelenstörungen in Einzelhaft. All. Zeitschr. f. Psychiatrie. XIX
- Hartmann*, Les psychoses postopératoires. Progrès médic. 1898.
- Hirschberg*, Delirium nach Glaukomiridektomie. Oculistisches Zentralbl. 1884.
- Hirschberg*, Berliner klinische Wochenschrift, 1876. Heft II.
- Konrad*, Arch. f. Psychiatrie, Bd. XVI, 1885.

- Köppen*, Über deliriumartige Zustände bei Arteriosklerose. Arch. f. Psych. XX, 882.
- Kretschmer*, Vorübergehende Psychose nach Kataraktextraktion. Zentralbl. f. Augenheilkunde, 1887.
- Lanne*, Du délire consécutif à l'opération de la cataracte. Gazette des Hôpitaux, 1863, Nr. 57.
- Landsberg*, Transitorische Psychose nach Augenoperation. Zentralbl. f. Augenheilkunde, 1885.
- Löwy*, Geistesstörung nach Kataraktexstirpation. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1896, S. 166.
- Lunkewitsch*, Manie nach Kataraktoperation. Jahresbericht f. Ophthalmologie, 1877.
- Magne*, Bulletin de thérapie, 1863, 463.
- Magne*, Délire consécutif à l'opération de la cataracte. Virchows Jahresbericht, 1863.
- Marlier*, La folie postopératoire. Thèse de Paris, 1897.
- Moulton*, Annales d'oculistique. Vol. 103, 349.
- Mayser*, Zum sogenannten halluzinatorischen Wahnsinn. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42.
- Meijer*, Acute hallucinatore Wahnsin genezin do or cataractextractie. Neurol. Zentralbl., 1898.
- Michel*, Lehrbuch der Augenheilkunde, 1897.
- Orthmann*, Über Geistesstörungen bei Arteriosklerose. Neurol. Zentralbl. 1898, S. 107.
- Opeudnekin*, Über Bewußtseinsstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit. Arch. f. Psych., Bd. XX.
- Parinaud*, Annales d'oculistique, Vol. 103, pag. 253.
- Piqué*, Du rôle de la nature des opérations sur la production des psychoses postopératoires. Sem. médic., 1898, pag. 102.
- Piqué*, Du délire psychique consécutif aux opérations. Sem. médic., 1892, pag. 92.
- Poncet*, Lyon médic. Nr. 10, 1870.
- Raw*, Zentralblatt für Augenheilkunde, 1899, S. 47.
- Ritti*, Les psychoses de la vieillesse, Bordeaux 1898.
- Ryndowsky*, Ein Fall von furibunden Delirien nach Extraktion eines Katarakt. Jahresbericht für Ophthalmologie, 1881, S. 420.
- Santos-Fernandez*, Recueil d'ophthalmologie, 1895, pag. 103.
- Schmidt-Rimpler*, Delirien nach Verschuß der Augen und im dunklen Zimmer. Arch. f. Psych., IX, 1878.
- Schmidt*, Jodoformpsychose. Arch. f. Psych., XIV, 171.
- Schmidt*, Die Geistesstörungen des Greisenalters. Deutsche med. Zeitung, 1898.
- Schönthal*, Über die akute halluzinatorische Verwirrtheit. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48.
- Seitz*, Handbuch der gesamten Augenheilkunde, 1869, S. 433.

Sichel, Une espèce de délire senil après l'extraction de la cataracte. Union médicale, 1863.

Simi, Arch. d'ophtalmologie, 1895.

Schnabel, Über Geistesstörung nach Augenoperation. Zentralbl. f. Augenheilkunde, 1883.

Schüle, Zeitschr. f. Psych., Bd. 48, 1892.

Szummann, Zu den Psychosen nach Augenverletzungen. Münchener med. Wochenschr. 1897.

Sulzet siehe *Weick*, 23.

Thomsen, Traumatische Reflexpsychose. Arch. f. Psych., XX, S. 590.

Truelle, Étude critique sur les psychoses dites postopératoires. Thèse de Paris, 1898.

Valude siehe *Marlier*.

Véné, Étude sur les délires postopératoires. Thèse de Paris, 1891.

Voisin siehe *Ritti*.

Walther, Psychoses postopératoires. Sem. méd. 1898, pag. 139.

Warlomont, Observation de délire sénile survenue à la suite de l'extraction de la cataracte. Anal. d'oculistique, Vol. 54, pag. 254.

Webster, Archiv für Augenheilkunde, Bd. XXI, S. 191.

de Wecker et Landolt, Traité complet d'ophtalmologie. Paris 1886.

Weick, Über Psychosen nach Augenoperation. Stuttgart 1901.

Wille, Zur Lehre der Verwirrtheit. Arch. f. Psych., Bd. XIX.

Wille, Über traumatisches Irresein. Arch. f. Psych., VIII, S. 219.

Zehenter, Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1863, S. 125.

Zingerle, Über Geistesstörungen im Greisenalter. Verein der Ärzte in Steiermark, 1898.

Über Alkoholversuche ei Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände.¹⁾

Von

Oberarzt Dr. Tomaschny.

Bei der Beurteilung von Personen, die wir zu gerichtlichen wecken auf ihren Geisteszustand zu untersuchen haben, erheben eh oft große Schwierigkeiten, wenn ein sicheres Urteil über den eisteszustand der betreffenden Person zu einer früheren, der irekten Beobachtung nicht mehr zugänglichen Zeit abgegeben werden soll. Hier spielen eine wichtige Rolle die gänzlich vernderten Bedingungen, unter denen wir die zu beurteilende Person 1 sehen bekommen. Nicht allein kann die Persönlichkeit bzw. eren Geisteszustand selbst aus inneren Gründen im Laufe der zwischen verstrichenen Zeit vielleicht schon eine erhebliche anderung erfahren haben, auch die äußeren Umstände sind ganz ndere geworden, vor allem sind zur Zeit unserer Beobachtung reist mehr oder weniger alle etwa schädigenden oder reizenden lamente ausgeschaltet, welche auf das betreffende Individuum rüher einmal, so etwa bei einer in Betracht kommenden Straftat, ingewirkt haben. Selbstverständlich wird es dem Gutachter nie möglich sein, noch einmal in Wirklichkeit genau dieselbe Lage n schaffen, in der sich die betreffende Person zu dem fraglichen Zeitpunkte befunden hat. Wir sind vielmehr auf Grund von igen Angaben des zu Begutachtenden, von Zeugenaussagen, on allgemeinen wissenschaftlichen Erfahrungstatsachen auf Rück-

¹⁾ Aus der Provinzial-Heilanstalt Treptow a. Rega (Direktor Sanitätsrat Dr. *Mercklin*).

schlüsse angewiesen. Aber einen Reiz, welcher häufig bei Schaffung abnormer Geisteszustände eine wesentliche Rolle spielt, können wir doch leicht vor unseren Augen auf das betreffende Individuum wieder einwirken lassen und dadurch experimentell eine frühere Situation in gewissen Grenzen bei dem zu Untersuchenden wiederholen. Das ist der Alkohol. Wo es zur Gewinnung eines sicheren Urteils und zur Klärung eines zweifelhaften Geisteszustandes irgendwie erforderlich erscheint, hat man sich deshalb auch früher nicht gescheut, dieses einfache Hilfsmittel anzuwenden und die betreffende Person — ihre Einwilligung natürlich vorausgesetzt — der Alkoholwirkung ausgesetzt.¹⁾ Um über den Wert dieses Hilfsmittels ein Urteil zu gewinnen, haben wir seit Eröffnung der hiesigen Anstalt, wo die Vorgeschichte dazu aufforderte, bei den zur Feststellung des Geisteszustandes überwiesenen Personen Alkoholversuche angestellt. Über die Ergebnisse will ich hier berichten und lasse zunächst einige hierher gehörige Fälle folgen, um zum Schluß daran einige Bemerkungen zu knüpfen.

Fall I. Johannes S., Schlosser, 23 Jahre alt, erblich nicht belastet, elfmal vorbestraft, raubte am 17. August 1902 einem Manne, mit dem er vorher gezecht hatte, auf dem Heimwege die Uhr; er erschien bei der Tat dem Zeugen weder betrunken noch geisteskrank. Zwei Tage darauf verhaftet, spielte er im Gefängnis den „wilden Mann“, der Gefängnisarzt glaubte an Simulation, schließlich kam S. zwecks Beobachtung in die hiesige Anstalt. Hier war er während der ersten 14 Tage fast andauernd reizbar, unzugänglich, schimpfte in unflätigster Weise. Dann wurde er ruhig, in seinem Verhalten höflich und bescheiden. Er wußte nicht, wo er sich befand, hatte angeblich keine Erinnerung an die letzten 14 Tage, gab an, daß er an Krämpfen leide und manchmal so aufgeregter werde, daß er nicht Herr über sich sei. Von der Straftat wußte er angeblich nichts. In der Folgezeit klagte er öfter über Schwindelgefühl, Kopfschmerzen und „Dusigkeit“ im Kopfe, auch fiel es auf, daß er bei geringen Anlässen im Gesicht stark errötete. Nach fünfwöchigem Aufenthalte in der Anstalt mit völliger Abstinenz erhielt S. an einem Nachmittage 0,3 l Schnaps (Kirsch mit Rum) zu trinken

¹⁾ *Sommer*, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden. 1899, S. 118. — *Sommer*, Kriminalpsychologie, 1904, S. 35, 43. — *Cramer*, Die forensische Bedeutung des normalen u. pathologischen Rausches. *Monatsschrift für Psych. u. Neurologie*, 1903, S. 47. — *Heilbronner*, Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker, Halle 1905, S. 26. — *Schultze*, Über Psychosen bei Militärgefangenen, 1904, S. 104.

er war danach nicht betrunken oder sonst — abgesehen von Blässe des Gesichts — auffallend. Dagegen fühlte er sich den ganzen nächsten Tag nicht wohl, klagte über Kopfschmerzen und Brechneigung und legte sich früh zu Bett. In der Nacht hatte er dann ziemlich rasch hintereinander drei epileptische Krampfanfälle. Zwischen den einzelnen Anfällen gab er auf Befragen einige zutreffende Antworten, erkannte auch den hinzugekommenen Arzt, nach dem dritten Anfall sah er aber ganz verständnislos um sich und ersank dann bald in einen tiefen Schlaf. Am nächsten Morgen hatte er eine Erinnerung an die Vorgänge in der Nacht. Weitere epileptische Anfälle wurden bei S. während des hiesigen Aufenthaltes nicht beobachtet. Das Gutachten lautete dahin, daß S. Epileptiker sei, und daß zur Zeit der Tat die freie Willensbestimmung bei ihm ausgeschlossen war.

In diesem Falle liegt die hohe Bedeutung des Alkoholversuches auf der Hand. Wenn auch das ganze Verhalten des S., namentlich während der ersten 14 Tage seines Hierseins, sowie sein gesamt Charakter schon sehr deutlich den Verdacht auf bestehende Epilepsie erweckten, wenn ferner unter Berücksichtigung der begleitenden Momente zur Zeit der Straftat (vorheriger starker Alkoholgenuß, nachherige Erinnerungslosigkeit) es als sehr wahrscheinlich angesehen werden mußte, daß S. sich damals in einem Zustande krankhafter Bewußtseinsveränderung befunden habe, so konnte doch erst nach Beobachtung der Krampfanfälle mit absoluter Sicherheit behauptet werden, daß S. Epileptiker sei. Ohne den Alkoholgenuß wären bei S. während der ganzen Beobachtungszeit möglicherweise keine Krampfanfälle in die Erscheinung getreten, denn es waren bereits fünf Wochen ohne einen solchen Anfall verstrichen. Der Alkoholversuch mit seinen Folgen bildete hier also das letzte und wichtigste Glied in der Beweiskette.

Fall II. Karl M., Schuhmacher, 36 Jahre alt, erlitt im Alter von zwölf Jahren ein Kopftrauma (wurde von seinem Vater mit einem Backstein an den Kopf geworfen und war danach mehrere Stunden bewußtlos), hat viel im Wirtshaus verkehrt, ist vielfach vorbestraft, zuletzt mit acht Jahren Zuchthaus. Während der Haft erkrankte er geistig mit hochgradigen Erregungszuständen „epileptoiden Charakters“ und nachfolgender Amnesie. Er kam in eine Irrenanstalt und wurde nach einiger Zeit von dort gebessert entlassen, Krampfanfälle waren bei ihm nicht beobachtet worden. Am 14. Januar 1904 nachmittags schlug M. sein wenige Monate altes Kind, durch dessen Schreien er gereizt wurde, so heftig, daß es einige Stunden später infolge der Mißhandlung starb. M. hatte am Vormittage im Ärger über einen für ihn ungünstig verlaufenen gerichtlichen Termin getrunken. (Schnaps und Bier,

Menge nicht bekannt.) Vor Gericht stellte M. in Abrede, das Kind in Absicht geschlagen zu haben, dieses sei vielmehr selbst aus dem Wagen gefallen und habe sich am Kopfe verletzt. (Die gerichtliche Obduktion ergab die Unmöglichkeit dieser Angaben des M.) M. wurde mit Rücksicht auf sein Vorleben zur Beobachtung und Begutachtung der hiesigen Anstalt überwiesen. Nach fünfwöchiger Beobachtung, während der er, abgesehen von häufigen Klagen über Kopfschmerzen, nicht viel Auffallendes geboten und wie alle Patienten der Abteilung nie Alkohol erhalten hatte, bekam M. einmal um zehn Uhr vormittags nach dem zweiten Frühstück eine Flasche Lagerbier und fünf kleine Gläser Schnaps. Er ging dann seiner gewohnten Hausarbeit nach. Als er eine halbe Stunde später vom Arzt besucht und nach seinem Befinden befragt wurde, wurde er sofort stark erregt, sein Gesicht rötete sich, die Gesichtsmuskeln zitterten, und er schrie den Arzt mit brüllender Stimme an: „Was wollen Sie von mir?“ Er sah hierbei so drohend aus, daß eine Fortsetzung des Gesprächs ihn wohl zu Tötlichkeiten hingerissen hätte. Auch noch zwei Stunden später zeigte er sich ebenso gereizt. Gegen fünf Uhr nachmittags wurde er wieder freundlich und lenksam. Er konnte sich wohl erinnern, vormittags mit dem Arzt gesprochen zu haben, stellte aber entschieden in Abrede, irgendwie ausfallend oder gereizt gewesen zu sein. Es ließ sich feststellen, daß M. ganz ungleiche Pupillen hatte — die linke Pupille war erheblich weiter als die rechte — was sonst nicht der Fall war. Diese Ungleichheit verlor sich erst im Laufe des nächsten Tages. Das Gutachten lautete dahin, daß M. zwar nicht dauernd geisteskrank sei, daß ihm aber für die Zeit der Tat der Schutz des § 51 StGB. zugebilligt werden müsse.

Auch in diesem Falle war der Alkoholversuch von sehr großem Werte. Er zeigte uns deutlich, daß M. schon nach verhältnismäßig geringem Alkoholgenuß in einen stundenlang anhaltenden Zustand hochgradigster Gereiztheit verfiel, in dem er nur durch das vorsichtigste Verhalten seiner Umgebung von brutaler Gewalttätigkeit abgehalten wurde. Dabei verrichtete er äußerlich anscheinend ganz geordnet seine gewohnten Hausarbeiten. Die Erinnerung war hinterher mangelhaft. Auf Grund dieses hier angestellten Versuches konnte mit größter Wahrscheinlichkeit gefolgert werden, daß M. sich zur Zeit der Straftat in einem ähnlichen — also entschieden krankhaften — Geisteszustande befunden habe, wie hier nach dem Alkoholgenuß. Er war dann zur Ausübung der ihm zur Last gelegten Straftat um so eher fähig, als neben dem Alkohol damals noch andere Momente reizend auf ihn einwirkten, wie der ungünstig verlaufene Gerichtstermin und nachher zu Hause das Kindergeschrei. Das

Ergebnis des Alkoholversuches war um so wertvoller, als M. sich damals zur Zeit der Tat stundenlang mit dem Kinde allein zu Hause befand, also etwaige Zeugen über seinen damaligen Zustand und sein Verhalten nichts bekunden konnten.

Fall III. Arthur W., Barbier, 33 Jahre alt, erblich nicht belastet, kein Trinker, zweimal vorbestraft, weil er wiederholt an Dienstmädchen Briefe mit unzüchtigen Anträgen perversen Charakters geschrieben, Schulmädchen seinen entblößten Geschlechtsteil gezeigt und in einer ganzen Anzahl von Fällen kleine Mädchen auf der Straße aufgefordert hatte, auf die Erde zu spucken, damit er dies auflecken könnte. Neuerdings wegen einer Reihe ganz ähnlicher Vergehen angeklagt, bestritt W. vor dem Untersuchungsrichter alle Straftaten und behauptete, an Schwindelanfällen zu leiden. Er wurde zur Beobachtung seines Geisteszustandes der hiesigen Anstalt überwiesen. Auch hier behauptete W. stets, von allen ihm zur Last gelegten Vergehen nichts zu wissen. Er hielt sich für vollkommen gesund und zurechnungsfähig, erklärte aber, Alkohol schlecht vertragen zu können, sodaß ihm stets schon nach geringem Alkoholgenuß „wuschig“ d. h. leicht schwindlig im Kopfe geworden sei. An dem Tage seiner Verhaftung (diese erfolgte unmittelbar nach einem Delikt) habe er ein Glas Bier und zwei Ingwer getrunken. Die hiesige Beobachtung ergab bei W. keine gröberen krankhaften Erscheinungen, namentlich auch keine Zeichen von Epilepsie. Am 17. September 1905 erhielt W. hier 175 ccm Kornbranntwein mit Rum zu trinken. Es trat hiernach weder „Wuschigsein“ noch Schwindel, nicht einmal eine vermehrte Gesprächigkeit bei W. ein. Nur eine leichte Gesichtsrötung war die Folge des Alkoholgenusses. Das Gutachten erklärte W. für nicht geisteskrank, jedoch für einen minderwertigen, nervösen Menschen mit herabgesetzter Widerstandsfähigkeit gegen strafbare Antriebe und Gelüste.

Im Gegensatz zu den beiden vorhin angeführten Fällen war das Ergebnis des Alkoholversuches in diesem Falle kein positives. Die Angabe des W., daß er den Alkohol schlecht vertrage, wofür er auch Zeugen beibrachte, wurde durch den einen Versuch nicht bestätigt. Für das Gutachten war hier der einmalige Versuch mit negativem Ausfall nicht zu verwerten. Eine besonders ausgeprägte Intoleranz gegen Alkohol bestand bei W. jedenfalls nicht. Vielleicht hätte ein erneuter Versuch doch eine herabgesetzte Widerstandsfähigkeit des W. gegen Alkohol nachgewiesen, allein es wurde auf eine Wiederholung des Experimentes verzichtet, denn ein wirklich positiver Ausfall hätte höchstens bei der Beurteilung eines einzigen der zahlreichen Delikte, wobei tatsächlich vorher Alkohol genossen war, in die Wagschale fallen

können. Für die gesamte Beurteilung konnte hier nach Lage der Dinge der Ausfall des Experiments nicht von wesentlicher Bedeutung sein.

Fall IV. Albert W., Musketier, 22 Jahre alt, Vater Potator, im Zinlstande fünfmal vorbestraft wegen Bettelns, Diebstahls, Unterschlagung, beim Militär zwölfmal bestraft wegen Nachlässigkeiten im Dienste. Am 13. September 1904, an einem heißen Manövertage, verließ W. unterwegs plötzlich die Marschkolonne und ging davon. Den ihm nachfolgenden Unteroffizieren bedrohte er mit dem Gewehrkolben, hinterher hatte er angeblich keine Erinnerung an den Vorfall. Auf den sofort herbeigeholten Arzt machte W. einen nicht normalen Eindruck. In der vorangegangenen Nacht hatte W. Posten gestanden und fast gar nicht geschlafen, vor dem Ausrücken der Truppe hatte er keinen Kaffee, sondern Bier getrunken. Einige Wochen vorher war von einem Militärarzt bei W. nach einem Alkoholexzesse eine eigenartige Bewußtseinsstörung beobachtet, die als pathologischer Rausch gedeutet wurde. W. kam in die hiesige Anstalt zur Beobachtung. Er war hier stets verschlossen, unfreundlich, gleichgültig, hatte keine Schwindel- oder Krampfanfälle. Er gab an, er sei früher manchmal nach Alkoholexzessen für kurze Zeit „blaß“ geworden und „weg“ gewesen. Eine Geisteskrankheit ließ sich hier bei ihm nicht feststellen. Während der Beobachtungszeit erhielt W. hier an zwei verschiedenen Tagen zum zweiten Frühstück einmal 100 ccm Kognak und 0,6 Liter Lagerbier, ein andermal 260 ccm Kirsch mit Rum, 50 ccm Kognak und 0,6 Liter Lagerbier zu trinken. In beiden Fällen bot W. hinterher außer Gesichtsblasser und einer Beschleunigung des Pulses (bis 140 Schläge in der Minute) keine auffallenden Erscheinungen. Das Gutachten lautete dahin, daß W. nicht geisteskrank, aber geistig minderwertig sei und zur Zeit der Tat sich in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe.

In dem vorliegenden Falle lag der Gedanke an einen Alkoholversuch ganz besonders nahe. Hierzu forderten verschiedene Momente auf. Einmal die eigenen Angaben des in allen seinen Aussagen durchaus glaubwürdigen W., daß er manchmal nach Alkoholgenuß „blaß“ werde und „weg“ sei, sodann besonders auch der Umstand, daß bei W. schon einmal ärztlicherseits eine als pathologischer Rausch gedeutete Bewußtseinsstörung beobachtet worden war. Wenn nun auch hier selbst ein zweimaliger Versuch bei W. ganz ergebnislos verlief, so wurde bei der Begutachtung doch angenommen, daß der vor der Straftat genossene Alkohol geeignet gewesen sei, bei W. eine krankhafte Bewußtseinsveränderung im Sinne des § 51 StGB. herbeizuführen. Für die Begründung dieser Annahme war von Wichtigkeit, daß W.

sich damals infolge der körperlichen Strapazen (Nachtwachen, Anstrengungen des Manövers) in besonders schlechter allgemeiner Verfassung befand, so daß erfahrungsgemäß schon geringe Alkoholmengen auf ihn schädigend einwirken konnten. Hier in der Anstalt, in der er sich schon eine Reihe von Wochen aufgehalten hatte, waren dagegen die gesamten Lebensbedingungen so günstige, daß er wohl imstande sein konnte, selbst eine verhältnismäßig größere Alkoholmenge ohne Nachteil zu vertragen.

Fall V. August Fl., Schachtmeister, 50 Jahre alt, erblich nicht belastet, nicht Gewohnheitstrinker, erlitt vor 15 Jahren eine Kopfverletzung mit nachfolgender Gehirnerschütterung, reizbarer Charakter, wußte angeblich manchmal hinterher nicht, was er in der Erregung getan hatte, will Alkohol schlecht vertragen, achtmal vorbestraft. Am 2. November 1903 stieß Fl. in einem Gasthause, nachdem er dort mehrere Stunden lang mit andern Männern gezecht, eine Reihe grober Majestätsbeleidigungen aus. Er behauptete hinterher, nichts davon zu wissen, daß er in jener Gastwirtschaft gewesen sei, namentlich auch nicht, daß er jene beleidigenden Äußerungen getan habe. Während der Beobachtung in hiesiger Anstalt neigte Fl. andauernd zu starker Übertreibung kleiner körperlicher Beschwerden, auch versuchte er Sinnestäuschungen und Vergiftungsideen vorzutäuschen. Eine Geisteskrankheit ließ sich bei ihm nicht feststellen. Am 12. August 1904 nachmittag erhielt Fl. 360 ccm Kognak zu trinken. Es trat zunächst Rötung des Gesichts und vermehrte Gesprächigkeit ein, dann nahm Fl. eine sehr flotte Haltung an, er gestikulierte lebhaft, sprach bald in feierlichem bald in sehr anmaßendem Tone, verlangte vor den kommandierenden General geführt zu werden, um sich beschweren zu können u. dergl. Dieser in großer Gesprächigkeit mit sehr gehobenem Selbstgefühl sich äußernde Rausch hielt einige Stunden an. An den Pupillen waren während der ganzen Dauer der Alkoholwirkung irgendwelche auffallende Erscheinungen (Ungleichheit, veränderte Reaktion oder dergl.) nicht zu beobachten. Am nächsten Morgen erinnerte sich Fl. der Vorgänge und meinte selbst, daß er wohl betrunken gewesen sei.

Auch in diesem Falle lag der Gedanke an einen Alkoholversuch sehr nahe. Fl. stellte die an sich ja gar nicht unwahrscheinliche Behauptung auf, daß er seit seiner Kopfverletzung mitunter bei gelegentlichem Alkoholgenuß in Erregung gerate und Handlungen begehe, von denen er hinterher nichts wisse. In einem solchen Zustande will er sich auch bei Begehung der Straftat befunden haben. Nun war aber gegenüber allen Angaben des Fl., der hier zeitweilig direkt Geisteskrankheit vorzutäuschen suchte, das größte Mißtrauen am Platze; irgendwelche Zeugen für die

Richtigkeit seiner Angaben ließen sich auch nicht beibringen vielleicht konnte also ein Alkoholversuch aufklärend wirken. Aber auch dieser fiel völlig negativ aus, wenigstens insofern, als durch ihn die Beteuerungen des Fl. von seiner Intoleranz gegen Alkohol in keiner Weise gestützt wurden. Andererseits hatte aber der Versuch auch ein positives Ergebnis, welches freilich zu Ungunsten des Angeklagten gedeutet werden mußte. Fl. geriet hier durch den Alkoholgenuß in einen regelrechten Rausch, in dem er sich sehr herausfordernd, prahlerisch, nörgelnd zeigte, und dieses Wesen ähnelte so stark dem aktenmäßig geschilderten Zustande, in welchem er die Beleidigungen aussprach, daß auch für jene Zeit bei Fl. ein Zustand gewöhnlicher Trunkenheit mit dem hier beobachteten nörgelnden, querulierenden Wesen angenommen werden mußte. Das Gutachten wurde auch in diesem Sinne abgegeben. Die Bedeutung des Alkoholversuchs lag also in diesem Falle darin, daß es durch den Versuch gelang bei Fl. einen Zustand zu schaffen, der demjenigen sehr nahe kam, in welchem er die Straftat beging. Hierdurch wurde die gesamte Beurteilung sehr erleichtert.

Fall VI. Johannes Sch., Buchhalter, 22 Jahre alt, erblich belastet, indem sein Vater geisteskrank war und auch in einer Irrenanstalt starb, nicht vorbestraft, lebte seit Jahren sehr leichtsinnig; jetzt angeklagt wegen Entführung einer Minderjährigen und Anhalten derselben zu gewerbsmäßiger Unzucht. Sch. leugnete die ihm zur Last gelegten Straftaten und behauptete vor dem Untersuchungsrichter, „stark“ an Epilepsie zu leiden. Er wurde der hiesigen Anstalt zur Beobachtung überwiesen. Hier klagte Sch. andauernd über Schmerzen im Kopfe und in verschiedenen Körperteilen, wies immer auf seine erbliche Belastung hin, betonte immer wieder, daß er an schweren epileptischen Krampfanfällen leide, derentwegen er eine sehr gute Stellung in Berlin habe aufgeben müssen. Zu der Zeit, wo er die ihm zur Last gelegten Straftaten begangen haben soll, könne er geistig nicht ganz normal gewesen sein, denn den Leuten in seiner Umgebung sei es damals wiederholt aufgefallen, daß er so einen stieren Blick hatte, er sei auch wiederholt wegen der Krampfanfälle ärztlich behandelt worden und dergleichen. Durch die unsererseits angestellten umfangreichen Nachforschungen wurden die Angaben des Sch., daß er an Krämpfen leide, nicht bestätigt, auch erschienen seine vielfachen Klagen über allerhand körperliche Schmerzen objektiv nicht begründet. Am 24. November 1905 um 1/2 11 Uhr vormittags erhielt Sch. zum zweiten Frühstück zwei Flaschen Lagerbier und ein Weinglas (90 ccm) Kognak. Um 11 Uhr war Sch. sehr gesprächig und zeigte lebhaftes Mimik; die Augen glänzten, der Puls war etwas voller als vorher, die Pupillen zeigten sich

weder in der Weite noch in der Lichtreaktion verändert. Während Sch. sonst immer seine Intoleranz gegen Alkohol betont hatte, prahlte er jetzt, er könne tüchtig trinken. 20 Gläser Schultheiß machten ihm nicht viel, er habe einmal infolge einer Wette $\frac{1}{4}$ Liter Kognak getrunken und vorher noch Bier. In Berlin habe er überhaupt flott gelebt, er habe viel mit Frauenzimmern verkehrt und infolge der durchschwärmten Nächte habe er öfter morgens nicht ins Geschäft gehen können. Irgendwelche Nachwirkungen des Rausches stellten sich bei Sch. nicht ein. Das Gutachten erklärte ihn für nicht geisteskrank.

Das Interessante an diesem Alkoholversuch liegt darin, daß hier der Alkohol zum Verräter wurde; denn während Sch. sonst immer erzählte, er habe in Berlin eine sehr gute Stellung verloren, weil er seiner häufigen Krämpfe wegen — die auffallenderweise sonst kein Mensch beobachtet hat — morgens nicht rechtzeitig im Geschäft erscheinen konnte, erzählte er nun im Rausche in prahlendem Tone, wie er häufig in interessanter Damengesellschaft die Nächte durchlebt habe, so daß er dann freilich öfter nicht imstande war, morgens rechtzeitig ins Geschäft zu gehen. Diese unbeabsichtigte Enthüllung festigte noch weiterhin unsere schon vorher gewonnene Meinung, daß Sch. ein ganz durchtriebener und durch einen liederlichen Lebenswandel heruntergekommener Mensch sei, daß dagegen von Geisteskrankheit und namentlich von Epilepsie nicht die Rede sein könne. Das Gutachten lautete auch in diesem Sinne.

.Eine gewisse Ähnlichkeit mit dem eben geschilderten Falle hat der nachstehende:

Fall VII. August Z., Arbeiter, 31 Jahre alt, erblich nicht belastet, als gewalttätiger und verwahrloster Mensch bekannt, achtmal mit Gefängnis und Zuchthaus vorbestraft, jetzt angeklagt wegen mehrerer mit viel Überlegung und Geschick ausgeführter Diebstähle. Bei seinen gerichtlichen Vernehmungen verhielt sich Z. ganz schweigsam oder beantwortete alle Fragen mit stereotypen Redensarten wie: „ich will nicht geschieden sein“ oder „ich will meinen Wagen wieder haben“. Er kam in die hiesige Anstalt zur Beobachtung. Auch hier verhielt er sich in den ersten Wochen ganz schweigsam oder gab ganz unsinnige Antworten, er lag in starrer Haltung da, stellte sich bei der körperlichen Untersuchung ganz gefühllos. Später, als er gesprächiger wurde, behauptete er „Stimmen“ zu hören, äußerte Vergiftungs Ideen, bezeichnete die Ärzte als Pastor, Rechtsanwalt u. dergl., wußte auch angeblich nie, wo er sich befand. Von den Straftaten wollte er auch nichts wissen. Am 22. August 1902 nachmittags erhielt Z. 0,3 Liter Schnaps (Kirsch mit Rum) zu trinken, wodurch ein typischer Rausch bei ihm erzeugt wurde. Er war heiter, ausgelassen, sang, piff, lachte, sprach viel. Zu dem Direktor der

Anstalt, den er bis dahin nicht zu kennen vorgab und als Schreiber bezeichnet hatte, sagte er lächelnd: „Meinen Sie, ich weiß nicht, wer Sie sind? Sie sind der Direktor, das weiß ich ganz gut. Ich bin nicht geisteskrank, ich will nicht in der Anstalt bleiben, oh ich weiß ganz gut, daß ich in einem Irrenhause bin.“ Am nächsten Tage klagte Z. über Kopfschmerzen, sonst waren keinerlei Nebenerscheinungen als Folgen des Alkoholgenusses wahrzunehmen.

Ganz ähnlich wie im vorhergehenden Falle hat sich auch hier der zu Untersuchende im Alkoholrausche selbst verraten. Er ließ im Rausche deutlich erkennen, daß er über seine Umgebung recht gut unterrichtet war, während er sonst auf Befragen in dieser Richtung immer ganz verkehrte Antworten gab. Z. hatte sich zwar auch sonst schon bei seinem Versuche, Geisteskrankheit vorzutäuschen, häufig recht ungeschickt benommen, er fiel wiederholt aus seiner Rolle, und es war im allgemeinen nicht schwierig, bei ihm die Simulation nachzuweisen, immerhin waren aber die eigenen verräterischen Angaben des Z. doch noch sehr wertvoll für die Begründung des abgegebenen Gutachtens. Dieses lautete dahin, daß bei Z. eine Geisteskrankheit mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne. Nebenbei sei hier noch bemerkt, daß Z. einige Tage vorher leicht anchloroformiert wurde und in der Narkose auch seine Teilnahme an den Diebstählen, von denen er sonst nie etwas wissen wollte, ausführlich mit Nennung von Ort und Namen zugab.

Im Anschluß hieran möchte ich noch zwei Alkoholversuche erwähnen, die zwar streng genommen nicht hierher gehören, aber doch mit dem zuletzt geschilderten Falle in einem gewissen inneren Zusammenhange stehen und interessant genug sind, um mitgeteilt zu werden. Wir haben vorhin gesehen, wie Z. (Fall VII) während seiner hiesigen Beobachtung eine Reihe von Symptomen bot bzw. vorzutäuschen suchte, wie wir sie häufig bei Katatonikern antreffen. Zur Zeit des Alkoholversuches waren diese Erscheinungen allerdings der Hauptsache nach nicht mehr vorhanden außer einem gewissen Zug, welcher darin bestand, daß Z. auf Befragen über sehr einfache Dinge, wie seine persönlichen Verhältnisse, seine Umgebung u. dergl. ganz falsche Antworten gab („Vorbeireden“). Im Alkoholrausch verschwand, wie wir gesehen haben, diese Erscheinung bei Z. er zeigte sich über alles recht gut unterrichtet. Es lag nun nahe, zu prüfen, ob vielleicht bei einem wirklich

Geisteskranken die bestehenden Symptome des Negativismus, der Hemmung u. dergl. unter Alkoholwirkung auch verschwinden würden. Es wurde deshalb an eine 43jährige Frau und an einen 26jährigen jungen Mann, die beide in typischer Weise alle Erscheinungen der Katatonie boten, vollständig mutazistisch waren und wegen hartnäckiger Nahrungsverweigerung schon lange Zeit mittels der Schlundsonde ernährt wurden, eines Tages mit der Fütterung je 50 ccm absoluter Alkohol verabfolgt. Bei beiden stellte sich Pulsbeschleunigung, Gesichtsrötung und Vertiefung der Atmung ein, die psychischen Erscheinungen (Mutazismus, Negativismus usw.) wurden aber nicht im geringsten beeinflußt.

Zum Schluß sei noch über die allgemeinen Gesichtspunkte, welche bei der Anstellung von Alkoholversuchen Berücksichtigung verdienen, einiges erwähnt. Zunächst ließe sich die Frage nach der Berechtigung solcher Versuche aufwerfen. Man könnte vom medizinischen bzw. rechtlichen Standpunkte aus dagegen Einwände machen, denn es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß man für den Augenblick die zu untersuchende Person, falls es sich z. B. um einen Epileptiker oder Traumatiker handelt, durch die Darreichung von Alkohol direkt schädigt. Es erscheint ein solches Experiment um so weniger erlaubt, als der zu Untersuchende dieses wohl in den weitaus meisten Fällen für etwas ganz Gleichgültiges, fast nie aber für etwas nicht ganz Unbedenkliches halten wird. Demgegenüber ist zu erwähnen, daß man die Alkoholversuche natürlich nicht in leichtfertiger Weise anstellen wird, sondern nur da, wo man verpflichtet ist, in unklare Verhältnisse Licht zu bringen. Und wenn dies in schwierigen Fällen gelingt, dann wird man zugeben müssen, daß der etwaige Nachteil von dem erlangten Vorteil bei weitem überwogen wird. Wir wenden ja auch sonst in der Medizin manchmal nicht ganz ungefährliche Hilfsmittel an, wenn wir dadurch erwarten, sicherer zum Ziele zu gelangen, so z. B. die Chloroformnarkose zu diagnostischen Zwecken. Um allen Vorwürfen zu entgehen, wird es zweckmäßig sein, vor dem Experiment den zu Untersuchenden ganz offen darüber zu belehren, daß zur Feststellung der Wahrheit der Versuch notwendig sei, und dann seine Entschließung abzuwarten. Wir sind hier immer so verfahren und haben fast immer die

Zustimmung des zu Untersuchenden erlangt. Nur einige wenige Personen verhielten sich ablehnend, und zwar waren es gerade die verschlagensten Verbrecher, die offenbar fürchteten, sich im Alkoholrausch irgend eine Blöße zu geben.

Ganz selbstverständlich ist es wohl, daß die Versuche nur da angestellt werden dürfen, wo man in der Lage ist, die betreffenden Personen hinterher genau und ununterbrochen beobachten zu können. (In unseren Anstalten sind die Wachabteilungen dazu geeignet.) Falls dies nicht geschieht, können rasch vorübergehende Veränderungen leicht unbemerkt bleiben, sodann ist diese Maßregel aber auch aus Gründen der Sicherheit geboten. Bei Krampfanfällen z. B., die sich nach dem Alkoholgenuß einstellen, kann die betreffende Person ohne sachverständige Unterstützung leicht Schaden nehmen, es kann aber auch bei Zuständen hochgradiger Gereiztheit, wie wir sie hier beobachtet haben, leicht zu brutalen Ausfällen gegen die Umgebung kommen. Erinnerung sei hierbei an den Hinweis *Forels*,¹⁾ daß bei Degenerierten nach Alkoholgenuß die psychischen Erscheinungen sehr erheblich, die körperlichen dagegen gering sein können. Schließlich ist auch noch zu betonen, daß die Fahndung nach etwaigen Folgeerscheinungen nicht zu früh abgebrochen werden darf, denn wie wir oben gesehen haben, traten in dem einen Falle (I) die Krampfanfälle erst 36 Stunden nach dem Alkoholgenuß auf und waren doch ganz zweifellos als Folgeerscheinung aufzufassen.

Daß den Alkoholversuchen ein großer Wert, ja unter Umständen eine hohe diagnostische Bedeutung zukommt, läßt sich nicht von der Hand weisen. Es kann z. B. der Fall eintreten, daß wir einen Angeklagten zu begutachten haben, während jede sichere Anamnese fehlt und Zeugenaussagen über die näheren Umstände zur Zeit der Tat nicht vorhanden sind, so daß wir lediglich auf die Angaben des zu Untersuchenden selbst angewiesen sind. Wenn nun der Betreffende behauptet, er habe sich bei Begehung der Tat infolge Alkoholgenusses in einem Zustande krankhafter Veränderung des Bewußtseins befunden, so wird es

1) *Forel* in *Kölle*, Gerichtlich psychiatrische Gutachten, Stuttgart 1889. S. 246.

für unser Gutachten sehr wertvoll sein, wenn wir durch das Experiment nachweisen, daß der Alkohol in der Tat geeignet ist, bei ihm derartige Zustände auszulösen. Daß nur der positive Ausfall des Experimentes von ausschlaggebender Bedeutung sein kann, ist selbstverständlich und wird auch von allen Autoren, die sich zu dieser Sache geäußert haben, hervorgehoben.¹⁾ Aber auch den positiven Ausfall werden wir nicht schlechtweg ohne Kritik verwerten dürfen, wir werden auch daran denken müssen, daß die betreffende Persönlichkeit in der Zeit zwischen der Tat und dem Experiment sich verändert haben kann, z. B. infolge eines inzwischen erlittenen Traumas. Eine möglichst sorgfältige Erhebung der Anamnese wird uns hierbei vor einem Mißgriff schützen. Andererseits wird aber auch ein negativer Ausfall des Experimentes nicht ohne weiteres gegen eine pathologische Alkoholreaktion des betreffenden Individuums sprechen. Wie *Cramer*²⁾ ausgeführt hat, reicht vielfach bei geistig Minderwertigen der Alkoholgenuß allein nicht aus zur Herbeiführung einer pathologischen Reaktion, es müssen vielmehr noch andere schädigende Momente (Affekte, körperliche Überanstrengung u. dgl.) als konkurrierende Ursachen hinzutreten. Alle derartigen Momente werden aber in dem ruhigen gleichmäßigen Anstaltsleben, wo zum Zustandekommen stärkerer Affekte wohl nur selten Anlaß gegeben ist, von vornherein in Wegfall kommen. Wir werden uns darum auch nicht wundern dürfen, wenn wir in manchen Fällen ganz gegen unsere Erwartung einen negativen Ausfall des Experimentes erzielen, und uns dadurch in unserm Gutachten nicht irreführen lassen dürfen. Sehr lehrreich ist in dieser Beziehung der oben angeführte Fall IV, wo bei dem betreffenden Mann sogar ein zweimaliger Alkoholversuch ganz ergebnislos verlief, und wo trotzdem nach Lage der Dinge für die Zeit der Tat eine pathologische Alkoholreaktion — allerdings unter gleichzeitiger Mitwirkung anderer Ursachen — angenommen werden mußte. Bei der Bewertung des Experimentes werden wir uns auch immer die Art des Defektes, die wir bei dem betreffenden Individuum

1) *Cramer*, Gerichtliche Psychiatrie. 1896. S. 321.

2) *Cramer*, Die forense Bedeutung usw. vergl. oben.

erwarten, als Richtschnur dienen lassen müssen. Glauben wir z. B. einen Epileptiker oder einen Traumatiker vor uns zu haben, so wird uns ein negativer Ausfall des Experimentes bei diesen mehr befremden als z. B. bei einem vermutlichen Neurastheniker. Bei den ersten beiden handelt es sich um einen dauernden Defekt, der nicht je nach den äußeren Umständen wechselt, wir werden hier also in der Regel von der gleichen Ursache auch die gleiche Wirkung erwarten, d. h. also auf Alkoholgenuß stets die nämliche (eventuell pathologische) Reaktion. Ganz anders verhält sich dagegen der Neurastheniker. Während dieser unter ungünstigen äußeren Umständen auf Alkohol sehr leicht pathologisch reagieren wird, wird dies nicht mehr der Fall sein, wenn die äußeren Umstände für ihn günstig liegen, also namentlich auch, wenn durch längeren Anstaltsaufenthalt in seinem vorher krankhaft erregten Nervensystem eine Beruhigung eingetreten ist. Es wird sich darum in Rücksicht auf derartige Möglichkeiten empfehlen, in gewissen Fällen den Alkoholversuch möglichst bald bei Beginn der Beobachtungszeit anzustellen und später eventuell zum Vergleich das Experiment zu wiederholen. Auch der Umstand ist mit in Rechnung zu bringen, daß bei vielen Menschen durch den Anstaltsaufenthalt sehr rasch eine Hebung des allgemeinen Kräftezustandes erfolgt, so daß sie dann gegen den Alkohol weit widerstandsfähiger sind, als sie es vorher unter vielleicht sehr ungünstigen Lebensbedingungen waren.

Zum Schluß sei noch mit einigen Worten auf die Möglichkeit der Simulation beim Alkoholversuch hingewiesen. *Cramer* betont wohl mit Recht, daß man hierbei eine Simulation nicht leicht zu erwarten habe, und auch wir haben hier bei allen angestellten Versuchen nichts Derartiges gesehen. Ganz unmöglich erscheint es aber doch nicht, daß da, wo solche Versuche öfter gemacht werden, der eine oder andere geriebene Verbrecher infolge Belchrung und Warnung von dritter Seite doch auch einmal hierbei mit mehr oder minder großem Geschick den Arzt zu täuschen versucht. Jedenfalls wird es gut sein, wenn man auch an diese Möglichkeit denkt. Wir haben allerdings ein ziemlich sicheres Mittel in der Hand, um einer Täuschung zu entgehen.

*Gudden, Vogt, Bumke, Bonhöffer*¹⁾ und andere gezeigt haben, daß wir bei einer pathologischen Alkoholreaktion fast ausnahmslos eine Veränderung in der Lichtreaktion der Pupillen im Sinne, daß diese entweder sehr träge erfolgt oder auch aufgehoben ist. Man wird es also unter keinen Umständen lassen dürfen, seine Beobachtung auch auf dieses Merkmal zu beschränken. Wie wir oben (Fall II) erwähnt haben, fand sich bei einem Manne mit ganz deutlicher pathologischer Reaktion während der Dauer der Alkoholwirkung eine starke Ungleichheit der Pupillen, während bei dem Angeklagten in Fall V, der hier auf plumper Weise Geisteskrankheit zu simulieren versuchte, keine Verände-
 rung auch nicht die mindeste Veränderung in der Beweglichkeit der Pupillen nachzuweisen war.

Die genaue Verfolgung des Zitterns bei Alkoholversuchen (mer) macht Registrierapparate unentbehrlich. Die Feststellungen von *Gudden* und *Vogt* sind um so wertvoller, als der Nachweis der pathologischen Reaktion an den Pupillen keine besonderen Apparate erfordert, sondern auf jeder Krankenabteilung gestellt werden kann, wo die Alkoholversuche vollzogen werden.

¹⁾ *Gudden*, Über die Pupillenreaktion bei Rauschzuständen und ihre klinische Bedeutung. *Neurolog. Zentralblatt*, 1900, S. 1096. — *Vogt*, Über die Wirkung des Alkohols auf die Veränderung der Pupillenreaktion. *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1905, S. 323. — *Bonhöffer*, Die akuten Geisteskrankheiten der Alkoholisten, Jena 1901, S. 214.

Fälle von familiärer Mikrokephalie.

Von

Dr. med. **Héinrich Vogt**, Privatdozent an der Universität Göttingen.
Arzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Langenhagen.

Die Betrachtung mikrokephaler Objekte als Resultate gestörter Entwicklung stellt uns stets vor zwei Fragen — und darin liegt wohl der Schwerpunkt aller teratologischen Forschung, speziell der des Gehirns — das rein pathologische Moment zu sondern von dem Ergebnis der eigentlichen Entwicklungshemmung. Während die Entwicklungshemmung sich gewöhnlich in einem defekten Zustand irgendwelcher Anlageteile ausdrückt, ist es bekanntlich nicht stets leicht und selbst oft nicht möglich, die Art des pathologischen Moments nachzuweisen. Denn es kommt für die pathologische Entwicklung auch noch die Möglichkeit in Betracht, daß die Schädigung in einer minderwertigen Keimanlage ab ovo her gegeben sein kann. Während also in den einen Fällen eine nachweisbare äußere Ursache das sich entwickelnde Organ betraf, ist in anderen Fällen die Mißbildung das Resultat einer aus inneren Ursachen gestörten Entwicklung. Diese inneren (endogenen) Momente spielen eine wesentliche Rolle in allen Krankheiten, welche familiär auftreten, denn diese Tatsache weist schon auf die Minderwertigkeit des Keimes und der Keimesanlage als letzte Krankheitsursache hin.

Das Wesen der Familiarität liegt darin, daß eine bestimmte anatomische oder funktionelle Insuffizienz bei mehreren Mitgliedern einer Familie in derselben Form wiederkehrt. Das große Heer der familiären Nervenkrankheiten zeigt das vorzeitige Insuffizientwerden bestimmter typischer Systeme, also eine stereotype minderwertige Anlage gewisser Abschnitte des Zentralorgans. In der

achsschen amaurotischen Idiotie tritt die Familiarität als eine pische Krankheitsform auf, die das ganze Organ erfaßt. Der Defekt der Anlage, der dort nur lokal ist, ist hier allgemein. Die familiäre funktionelle Schwäche bestimmter Teile hat natürlich in einer anatomisch minderwertigen Anlage ihren Grund (Verkleinerung der Hinterstränge bzw. des Kleinhirns bei *Friedreichscher Ataxie* und *Mariescher Heredoataxie cerebelleuse*). Deutlich tritt dieser kongenitale familiäre Defekt auch in anderen Formen von Mißbildung zutage (Monodaktylie, vgl. die Fälle von *Schultze*¹⁾, *Erner Hilpert*²⁾ und viele andere).

Daß also nicht nur eine funktionelle Schwäche, sondern auch ein anatomischer Defekt familiär auftritt, ist allgemein bekannt. Die Tatsache im Bereich der Mißbildungen des Zentralnervensystems ist ein besonderes Interesse. Eine häufig beobachtete familiäre Anomalie des Zentralnervensystems ist die Mikrokephalie.

Wir wissen heute, daß die Mikrokephalie eine sehr vielgestaltige Mißbildung ist. Der Name Mikrokephalie will nichts weiter als die Verkleinerung des Gehirns (und Schädels) bezeichnen. Die Art und Intensität dieser Verkleinerung ist in den einzelnen Fällen durch die mannigfachsten Ursachen bedingt, es gelingt nicht selten, die Angriffspunkte der Noxe, die zu der Mißbildung geführt hat, nachzuweisen und so unter Umständen zu zeigen, warum gerade diese Form der Mißgestaltung resultieren mußte, da Gesetzmäßigkeit nicht nur die normale, sondern auch die pathologische Entwicklung beherrscht. Aber auch die Endogenität ist ein gesetzmäßiger Faktor, der der Entwicklung des Keimes eine bestimmte Richtung geben kann, ebenso wie dies eine auf den Keim wirkende äußere Ursache tut. Ob die anatomische Form der familiären Mikrokephalen innerhalb derselben Familie auch bis ins einzelne übereinstimmt, ist bisher nicht erwiesen, das ungefähr gleiche Lebensalter, das die Geschwister erreichten, sowie die Ähnlichkeit des Hirngewichts weist auf die innere Verwandtschaft hin. Bekanntlich erreichen die Mikrokephalen sonst ein sehr verschiedenes hohes Alter, es gibt kurz- wie langlebige,

¹⁾ Familiäre symmetrische Monodaktylie. Neurol. Cbl. 1904 S. 704.

²⁾ Vererbung einer sechsfachen Mißbildung an allen vier Extremitäten durch drei Generationen. Münch. med. Wochenschr. 1904 S. 1744.

wenn auch erstere (wie bei allen Idioten) überwiegen. Die Familiarität zeigt also die Möglichkeit einer endogenen Anlage zur Mikrokephalie. Familiäre Fälle von Mikrokephalie sind namentlich in der älteren Literatur, schon mehrfach mitgeteilt.

*Carl Vogt*¹⁾ führt in seinem bekannten Werke über die Mikrokephalen folgende familiäre Fälle an:

I. Die beiden Brüder Friedrich und Michel Sohn, gestorben mit 18 bzw. 20 Jahren, Schädelkapazität 460 und 360 ccm.

II. Die Brüder Jakob und Johann Georg Moegle, 10 bzw. 5 Jahre alt, Schädelkapazität des letzteren 272 ccm, das betreffende Maß des ersteren ist nicht vorhanden. Der Schädelumfang (am skelettierten Objekt) betrug für ersteren 330 mm, für letzteren 355 mm. Hierzu kommt deren Vetter Johannes Moegle, 15 Jahre alt, Kapazität = 395 ccm, Schädelumfang 350 mm. Es ist für die endogene Natur einer Anomalie ein interessantes Zeichen, daß dieselbe sich in verschiedenen Zweigen der Familie gleichzeitig offenbart, wie wir dies ja auch von den familiären Neurosen und ähnlichen Krankheiten (vgl. die Stammbäume für die familiäre amaurotische Idiotie bei *Falkenhain*²⁾ und *Pelizaesus*³⁾) kennen. *C. Vogt* gibt eine ausführliche Genealogie der Familie Moegle S. 173 seines Werkes. Daraus geht hervor, daß der zuletzt genannte Johannes M. drei gesunde Geschwister hatte. Die beiden anderen Kranken M. stammen aus einer Familie mit insgesamt elf Kindern, hiervon waren vier Mikrokephalen, außer den beiden genannten ein Bruder, der 1 Jahr alt, starb und ein in weniger hohem Grade befallenes Mädchen. *C. Vogt* tut der merkwürdigen Tatsache Erwähnung, daß in dem gleichen Dorf noch weitere Fälle (in toto mit den genannten sieben) vorgekommen sind. Es wird, wenn auch direkte Verwandtschaft nicht vorgelegen hat, doch an verwandtschaftliche Einflüsse gedacht werden können, da unter der Bevölkerung vieler Dörfer starke Inzucht herrscht.

III. Weiter erwähnt *Baillarger*⁴⁾ eine Familie mit fünf Kindern, wovon drei Mikrokephalen waren, angeblich war bei denselben (nach Aussage der Mutter) prämatüre Synostose der Schädelnähte vorhanden, in einem der Fälle, der im Alter von 4 Jahren starb, ist dies von *B.* konstatiert. Nähere Angaben fehlen.

IV. *Wagner*⁵⁾ berichtet 1862 von zwei Kindern (Geschwister) aus Roringen bei Göttingen, das eine, ein Junge, starb im Alter von etwa 13 Jahren, das andere, ein Mädchen, lebte, damals 20jährig, noch. Die nähere Untersuchung wurde verweigert.

1) Archiv f. Anthropologie II. 1867 S. 129.

2) Jb. f. Kinderheilk. 3. F. IV. 1902 S. 123.

3) Arch. f. Psych. 16, 1885 S. 210.

4) Annales médico-psychol. 3. Série Vol. II (Tome XXV) 1856, S. 469.

5) Vorstudien zur Morphol. des Gehirns usw. II. Abhandl. Göttingen 1862

V. Das merkwürdigste Beispiel ist wohl die Familie Becker aus Offenbach a. M., über deren Kinder Untersuchungen von *Bischoff*¹⁾, *Rüdinger*²⁾, *Virchow*³⁾, *Flesch*⁴⁾ und *Marchand*⁵⁾ vorliegen. Es handelt sich in diesem Fall um fünf Geschwister. Die Kinder der Familie waren im ganzen folgende nach dem Alter geordnet.

1. und 2. normal.

3. Mikrokephales Mädchen (Helene), gestorben mit 8 Jahren. Hirngewicht 219 gr. Größe des Cynocephalus-Gehirns.

4. Mädchen (Katharina), gestorben mit 8 Tagen. Hirngewicht 109 gr. Die Furchung entsprach dem 7. Fötalmonat. *Rüdinger* bemerkt dazu, daß die Beschaffenheit der Furchen und Windungen, wie der Gesamthabitus des Gehirns leicht die Verwandtschaft mit dem Gehirn der älteren Schwester erkennen lasse. Dasselbe gelte auch für den nächsten Fall, der noch mindungsärmer war.

5. Mädchen, gestorben im Alter von 15 Jahren. Hirngewicht 152 gr.

6. Knabe (Franz), gestorben im Alter von 9 Jahren (*Flesch*). Das Hirngewicht ist nicht festgestellt. (Starker Hydrocephalus internus.)

7. Mädchen (Margarete). Schädelmessungen liegen vor von *Virchow*, *Rüdinger* und *Marchand*. Der Horizontalumfang betrug mit 14 Jahren 38 cm (*Marchand*).

VI. Drei Geschwister, vorgestellt von *Laborde*⁶⁾ in der Pariser Akademie, stammend aus Griechenland. Eltern gesund, keinerlei Belastung. Die drei Mikrokephalen sind die ersten Kinder, zwei Jahre nach dem jüngsten sind nacheinander noch zwei gesunde Kinder geboren.

1. Margarete, 12 Jahre alt, Kopfumfang 35. Sehr agiles Wesen, etwas nach vorn gebückter Gang (wie aufrecht gehende Anthropoiden). Pes valgus. War unartikulierte Laute, Sinnesorgane gut, ißt nicht allein, unsauber.

2. Nikolaus, 10 Jahre, Kopfumfang 38 cm.

3. Anton, 8 Jahre, Kopfumfang 39 cm. Dieser und der vorhergehende leiden an Kryptorchismus und Hypospadie.

Große Familienähnlichkeit der drei Kinder. Der Befund bei Margarete trifft auch auf die beiden Brüder zu. Der jüngste ist am wenigsten idiotisch, er unterscheidet sich dadurch, daß er helle Gegenstände beobachtet und ihnen Interesse schenkt.

1) Abh. der Kgl. bayer. Akad. d. Wissensch. II. Kl. Band 9, 2. Abt. München 1873.

2) Münch. med. Wochenschr. 1886 S. 171, 185, 206. Verh. Berl. Ges. f. Anthropol. 1883.

3) Berl. klin. Wochenschr. 1884 S. 691.

4) Würzburger Festschrift, Leipzig 1882.

5) Nova acta Leop.-Carol. Band 55 Nr. 3. Halle 1890.

6) Bulletin de l'acad. de médecine. Paris. 3. Série, tome XXXII S. 497. Sitzung vom 27. November 1894.

In der Literatur finden sich auch sonst Notizen über Beobachtungen, welche das Vorkommen der Mikrokephalie in einer Familie betreffen. Die Nachrichten sind aber oft sehr zerstreut, weil die Gelegenheit, die ganze Generation zu untersuchen, einem und demselben Beobachter nicht immer gegeben war. In der That scheint es, daß die Familiarität der Mikrokephalie noch weitaus häufiger ist, als nach den sicher konstatierten Befunden anzunehmen wäre; in der Anamnese der Fälle findet sich häufig erwähnt, daß ähnliche mißbildete Geschwister vorhanden waren, welche viele erreichen nur ein niedriges Lebensalter.

Einer der interessanten Fälle von *Giacomini*¹⁾ stammt aus einer Familie mit sieben Kindern, es waren zwei davon mikrokephal (Beobachtung Seite 8). Sonstige Fälle sind durch *Forel*²⁾ bekannt geworden, es gehören ferner die drei Geschwister von *Biola* hierher (beschrieben von *Biffi*³⁾ und *Altana*⁴⁾). Ob die sogenannten Azteken, die *Marchand* (a. a. O.) u. a. erwähnen, Geschwister waren, ist mir nicht bekannt.

VII. Ein hochinteressantes, aus neuester Zeit stammende Beispiel für die Familiarität dieser Affektion ist die Familie G. aus der Frankfurter Gegend (Altenheim bei Soden im Taunus) von *Weygandt* in seinem Referat⁵⁾ erwähnt. Die nachstehenden Angaben verdanke ich der gütigen Mitteilung von Herrn Professor *Weygandt*, der die Kinder, die im Frankfurter Panoptikum eine Zeitlang als Azteken ausgestellt waren, eingehend untersucht hat.

Die Kinder stammen von gesunden Eltern. Vater nicht Potator. Kein Anhaltspunkt für Lues in der Anamnese. Im ganzen acht Kinder, die fünf größten sind gesund und ohne auffallende Eigenschaften. Die drei jüngeren sind die nachstehenden:

1. Anna G., geb. 12. Mai 1890, Körperlänge 149,8. Horizontalumfang 42, Ohrbogen 23,5, Stirnhinterhauptslinie 24,5. Vorstehender Oberkiefer, Halsumfang 50. Reflexe lebhaft, R. = L., grimassiert etwas.

2. Lisbeth G., geb. 19. Juni 1891, Körperlänge 144,2. Horizontalumfang 43, Ohrbogen 22,5, Stirnhinterhauptslinie 25,0. Pupillen reagieren. Oberkiefer springt vor. Halsumfang 29. Patellarreflexe lebhaft.

1) *I cervelli microcefali*. Torino 1895.

2) *Journal of nerv. and. ment. diseases* 1886. Sitzung der Amer. Neurological Society.

3) *Archiv. ital. per le malattie nervose*, XIX. 1882 S. 457.

4) *Spallanzani*. Modena 1882 S. 546 (3 u. 4), nach *Pfleger* und *Filcz* zitiert. Obersteiners Arbeiten V, Wien 1897, S. 76.

5) Über Idiotie. Referat. Jahresvers. in Dresden 1905, Halle 1906.

3. Margarete G., geb. 22. Mai 1892, Körperlänge 139,0. Horizontalumfang 41,¹⁾ Ohrbogen 22, Stirnhinterhauptslinie 26,5. Pupillen reagieren gut. Halsumfang 28. Oberzähne vorstehend. Angedeutetes *Wildermuthsches* Ohr, ebenso Lisbeth.

Sensibilität und Schmerzempfindung bei allen intakt. Haben agiles Wesen, reagieren mit lebhaften Bewegungen auf Musik. Beachten gerne die Umgebung, besonders bewegliche glänzende oder sonst auffallende Dinge. Schwer zu fixieren. Grete ist am gewecktesten, versteht einzelnes (Auforderung aufzustehen usw.), erkennt einfachere Gegenstände. Zum Teil trifft dies auch für die beiden anderen zu. Ziemliche Übereinstimmung des Verhaltens bei allen drei Schwestern.

Bei Lisbeth und Anna ist die Schilddrüse etwas verdickt.

Ich füge folgende Beispiele von familiärer Mikrokephalie hier an (in der Anstalt zu Langenhagen beobachtet):

VIII. Familie K. In der Familie sind mehrfach Geistes- und Nervenkrankheiten vorgekommen. Von fünf Geschwistern sind drei Mikrokephalen. Die Familie entstammt der jüdischen Rasse. Von den beiden nicht hierher gehörigen Kindern ist das eine normal und lebt gesund bei den Eltern, das andere starb an Krämpfen in frühem Alter. Die drei mikrokephalen Kinder sind folgende:

1. Knabe, geb. 1892, aufgenommen 1897. Epileptisch (Schädelumfang 46,7. Ohrbogen 33,5, frontooccip. Durchmesser 15,6, biparietaler 12,4, Maße im Alter von fünf Jahren), gestorben mit neun Jahren. Hirngewicht 565. Hydrocephalus externus, Mikrogyrie des r. Temporallappens und beider Stirnlappen.

2. Knabe, geb. 1893, aufgenommen 1897. Epileptisch, teilweise spastische Lähmung, besonders der unteren Extremitäten. Pupillen R. = L., Reflexe lebhaft auch an den oberen Extremitäten (Schädelmaße im vierten Lebensjahr: Umfang 46, Ohrbogen 33, frontooccip. Durchmesser 15,4, biparietaler 12,5), gestorben mit zwölf Jahren. Hirngewicht 630 gr. Keine groben Aufbaustörungen, r. Hemisphäre etwas kleiner. Keine makroskopischen Zeichen von Atrophie.

3. Mädchen, geb. 1895, aufgenommen 1901. Spastische Parese der unteren Extremitäten. Kopfmaße im Alter von sechs (und zehn) Jahren: Umfang 44 (45), Ohrbogen 25 (25), frontooccipitaler Durchmesser 14 (14,5), biparietaler 12,5 (12,5). Lebt zurzeit noch in der Anstalt, tiefstehender idiotischer Pflegling. Keine Sprache. Unsauber. Ist nicht allein, braucht zu allem Hilfe. Aufmerksamkeit nur schwer zu fesseln. Zerkaut Bettzeug und Kleidung. Spielt nicht. Die beiden Brüder zeigten einen ähnlichen Status.

¹⁾ Diese Horizontalumfangsmaße verstehen sich als gewöhnlicher (unterer) Hu. Herr Prof. Weygandt teilt mir noch ein weiteres von ihm genommenes Maß mit, den Horizontalumfang 2 cm höher über dem unteren. Für Anna 39, für Lisbeth 40, für Margarete 39.

Die drei Geschwister sind vor ihrer Aufnahme sämtlich nach *Loan* operiert worden.

IX. Familie B. Dieselbe ist angeblich nicht belastet. Von sieben Kindern sind drei Mikrokephale. Im ganzen sind von den sieben Kindern vier im jugendlichen Alter gestorben, hiervon waren zwei mikrokephal, eines hat eine Mißbildung der Genitalien, wahrscheinlich Hermaphroditismus. Näher Angaben hierüber fehlen mir leider. Von den drei lebenden sind zwei gesund und normal, ein mikrokephales Mädchen ist zurzeit in der Anstalt, geboren 1849, aufgenommen 1862. Die Kopfmaße sind zurzeit die folgenden: Umfang 40, Ohrbogen 22, frontooccipitaler Durchmesser 11,5, biparietaler Abstand der Processus zygomatici 10,5, Ohrkinnlinie 25. Recht tiefstehender idiotischer Pflügling, aber nicht völlig ohne geistige Regungen. Kennt ihre Umgebung an der Stimme (P. ist blind), hat einige Rudimente der Sprache verlangt gerne: „Buch lesen“. Sauber, ißt allein, geschäftiges Benehmen. Aufmerksamkeit ziemlich rege. Beschäftigt sich meist mit einer bestimmten anderen Patientin. Lenksam. Zuweilen erregt, macht dann Selbstbeschäftigungsversuche. Seit einigen Jahren treten epileptische Anfälle, selten, auf. Motilität im ganzen ungestört. Sensibilität stumpf. Reflexe sehr lebhaft. R. = L.

X. Familie V. Belastete Familie. Im ganzen drei Kinder, zwei davon mikrokephal, eines gesund und normal. Die beiden Mikrokephalen sind folgende:

1. Mädchen, geboren 1867, aufgenommen 1896. Kopfmaße mit 29 Jahren. Umfang 45,6, Ohrbogen 35, frontooccipitaler Durchmesser 15,1, biparietaler 12,1. Körperlicher Befund ohne Besonderheit, Motilität und Sensibilität in Ordnung. Patientin war bei den Zöglingen, stand über dem Durchschnitt der Anstaltskinder. Gestorben mit 33 Jahren. Hirngewicht 645. Plumper Windungsbau, sonst keine groben Störungen des Aufbaues.

2. Knabe, geboren 1872. Wurde 1893 in die Heil- und Pflegeanstalt Göttingen aufgenommen, innere Organe gesund. Tiefstehender Idiot. Sprache vorhanden, aber mangelhaft und schlecht artikuliert. Hatte keine Schulkenntnisse erworben. Stumpf. Kannte die Umgebung. Aufmerksamkeit zu fesseln. Begriffe sehr gering und mangelhaft. Aß allein, konnte sich im wesentlichen selbst bedienen (Aus- und Anziehen), war aber ungeschickt in den Bewegungen. Gestorben 1903. Maße des skelettierten Schädels: Längsdurchmesser 14,5, linker schräger Durchmesser 15, rechter schräger Durchmesser 14. Kapazität des Schädels 700, Hirngewicht 650. Windungstypus zeigt nichts Auffallendes, keine groben Störungen im Aufbau. Kleinhirn nicht sonderlich verkleinert.

Die Zahlen betreffend den zuletzt genannten, in Göttingen beobachteten Fall verdanke ich der Freundlichkeit meines verehrten Lehrers, Herrn Professor Cramer.

Wie die Zusammenstellungen zeigen, sind die Fälle von familiärem Auftreten mikrokephaler Mißbildung gar nicht selten.

Ich habe dabei nur unter den extremen Fällen dieser Anomalie Umschau gehalten. Würde man auch die weniger ausgesprochenen Fälle berücksichtigen, also das, was *Thurnam*¹⁾ nach den Grenzen des Hirngewichts als beginnende Mikrokephalie bezeichnet, so würde sich noch weit mehr finden lassen. Die Endogenität wird aber vor allem durch das Zusammentreffen von unter sich zum Teil auffallend gleichartigen Fällen in derselben Familie illustriert. Der endogene Faktor, der für die Mikrokephalie dabei in Betracht kommt, spricht sich auch in der Tatsache aus, daß in den Familien anderweitige Affektionen des Nervensystems (Tod der Kinder an Krämpfen) und Zeichen geringer vitaler Energie (große Kindersterblichkeit), sowie anderweitige Mißbildungen vorkamen. Die Familien sind größtenteils belastet. Es ist die Tatsache, daß die Mikrokephalie als familiäre Affektion vorkommt, längst bekannt, meist findet man allgemeine Angaben darüber. Neues Material zu dieser interessanten Frage findet daher vielleicht einiges Interesse, besonders auch von einem allgemeinen Gesichtspunkt, auf den *Marchand*²⁾ hinweist, nämlich bezüglich des Verhaltens der Hirngewichtszahlen bei Geschwistern.

1) *Journal of mental science*, XII, 1866 Nr. 57.

2) *Abh. Kgl. Sächs. Ak. Wiss.*, Bd. 46, Leipzig 1902.

Beitrag zur Lehre von den Intoxikationspsychosen.¹⁾

Von

Dr. P. Schröder, Privatdozent.

Bei den Intoxikationspsychosen hat die anscheinend leichte Übersehbarkeit des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Schädlichkeit und Erkrankung dazu geführt, daß sie seit langem und in den verschiedensten psychiatrischen Systemen zu einer Gruppe vereinigt wurden; diese Zusammenfassung wurde durch den Umstand begünstigt, daß die Erscheinungsformen dieser Störungen viel Gleichartiges haben.

Bei näherer Beschäftigung mit ihnen hat sich dann allerdings gezeigt, daß die Verhältnisse ganz so einfach nicht liegen. Der Begriff Intoxikationspsychose ist zunächst ein rein aetiologischer. Nun ist aber, was wir klinisch über das Verhältnis von Ursache und Wirkung beobachten können, streng genommen stets nur das post hoc; das propter hoc kann immer nur mehr oder weniger wahrscheinlich gemacht werden, wahrscheinlich durch die enge zeitliche Aufeinanderfolge, durch den Ausschluß anderer ursächlicher Momente und schließlich durch die Erfahrung, daß auf die gleichen Ursachen immer wieder, in einer großen Reihe von Fällen, die gleichen Erscheinungen folgen. Am schwierigsten wird es stets sein, mit Sicherheit auszuschließen, daß nicht als Ursachen noch andere Momente gleichzeitig mitwirken, und daß andersartige Zwischenglieder sich einschieben.

¹⁾ Aus der psychiatrischen Klinik zu Breslau. Nach einem auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu München 1906 gehaltenen Vortrag.

Eine wesentliche, in der Psychiatrie längst anerkannte Schwierigkeit liegt darin, daß die Objekte, auf welche die Schädlichkeiten wirken, nicht einander völlig gleich sind; die Psychiatrie nennt in der Lehre von den Ursachen des Irreseins einen großen Teil dieser Abweichungen der Individuen von der Norm, vom Durchschnitt „innere Ursachen“.

Vernachlässigt man einmal diese sogenannten inneren Ursachen, andererseits die Zwischenglieder und eventuelle andere äußere Ursachen, so kommt man bei Betrachtung der auf Vergiftungen folgenden psychotischen Zustände zu *Wernickes* scheinbarem Paradoxon: gleiche Ursachen verschiedene Wirkungen, ungleiche Ursachen gleiche Wirkungen. Dann ist eine ätiologische Zusammenfassung von Krankheitsbildern überhaupt fruchtlos und man verzichtet konsequenterweise am besten ganz darauf.

Praktisch spielt bei uns zu Lande von allen Giften der Alkohol die bei weitem wichtigste Rolle. Der Psychiater hat reichlich Gelegenheit, sich mit dem Alkoholismus zu beschäftigen, während er die psychischen Folgezustände anderer Gifte nur sehr viel seltener zu Gesicht bekommt. Schilderungen über solche stammen häufig von Nicht-Psychiatern und sind in der medizinischen Literatur weit zerstreut; erst in der letzten Zeit finden sich Zusammenstellungen über die Wirkungen einzelner Gifte von psychiatrischer Seite.

Nächst dem Alkohol ist es das Morphinum, das Kokain und die stetig wachsende Reihe von gewohnheitsmäßig genommenen Narcoticis und Schlafmitteln, welche das Hauptinteresse der Psychiater in Anspruch nehmen. Von diesen Mitteln wissen wir, daß sie fast ausschließlich absichtlich, zur Erzielung bestimmter Wirkungen, genommen werden; wir wissen ferner, daß die Individuen, welche sich dieser Stoffe bedienen, der Mehrzahl nach Kranke oder Psychopathen sind. Wir werden deshalb, wenn wir die nach Aufnahme solcher Gifte sich entwickelnden psychischen Störungen vom rein ätiologischen Standpunkt aus zu betrachten haben, fast stets auch an das Vorhandensein anderer ursächlicher Momente denken müssen. Das kompliziert die Verhältnisse und macht sie weniger eindeutig. Aus diesem Grunde sollen für die folgenden Ausführungen diese Genuß- und Schlafmittel außer Betracht

bleiben und lediglich solche Gifte herangezogen werden, bei denen diese komplizierenden subjektiven, schon die Aufnahme der Stoffe bedingenden Momente fehlen, und bei welchen die Komplikation mit anderen Faktoren, welche an sich als Ursachen für das Entstehen von psychotischen Zuständen gelten, nicht zur Regel gehört.

Es sind die hier in Betracht kommenden Stoffe solche, welche ohne Wissen und ohne Willen der Kranken in den Organismus eingeführt worden sind, sei es mit der Nahrung (Ergotin), durch Unglücksfälle (Kohlenoxyd), infolge beruflicher Schädlichkeiten (Blei) oder als ärztlich verordnete Arzneimittel (Jodoform, Salizylsäure). —

Das am meisten verbreitete und bezüglich seiner Wirkungen am besten bekannte dieser Gifte ist das Blei. Die psychotischen Zustände bei Bleiintoxikation sind kurze, höchstens ein bis zwei Wochen, selten einmal länger dauernde Zustände von Verwirrtheit und Benommenheit, entweder mit mehr ängstlichem deliranten, oder aber mit mehr stuporösem Verhalten, dazwischen schieben sich Erregungen ein. Was die Zustände besonders charakterisiert, ist, daß sie stets nur Episoden darstellen im Verlauf einer chronischen Bleivergiftung, d. h. daß sie gelegentlich auftreten, nachdem schon monate- oder jahrelang die vielfachen und bunten körperlichen, nervösen und zerebralen Zeichen der Bleiintoxikation bestanden hatten; sie bilden nur eine der Gruppen von zerebralen Störungen bei der Bleivergiftung. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle erhalten sie ferner eine besondere Färbung durch die engen Beziehungen zur Epilepsie; epileptiforme Anfälle leiten die psychotischen Zeiten sehr häufig ein, epileptiforme Anfälle treten auch im weiteren Verlauf noch hie und da auf, und selbst wenn solche Anfälle nicht vorhanden sind, fällt in vielen Fällen die Ähnlichkeit der Zustände mit epileptischen Dämmerzuständen ins Auge. Die Prognose ist, wenn nicht der Tod eintritt, günstig. Nur wird gelegentlich von nachfolgenden psychischen Schwachzuständen berichtet, welche sich nur allmählich und nicht vollständig ausgleichen.

Bezüglich des Ergotins haben wir eine ausgezeichnete Darstellung aus der Marburger Klinik (*Siemens, Tuczek* und seine

Schüler) über eine Epidemie aus den Jahren 1879—1880 im Frankfurter Kreise. Die Publikationen darüber sind wohl die beste und vollständigste Reihe von Beobachtungen über die Wirkung eines bestimmten Giftes, welche wir überhaupt in der psychiatrischen Literatur besitzen. Auch bei der Ergotinvergiftung stellen die psychischen Störungen, ganz wie beim Blei, nur Teilerscheinungen einer allgemeinen Intoxikation dar, welche neben allgemeiner Kachexie, allen möglichen körperlichen, nervösen und zerebralen Störungen auch solche psychischer Art macht; im psychischen Krankheitsbilde dominiert die oft hochgradige Verlangsamung, Bewußtseinsstörung, Benommenheit; daneben spielen wieder epileptische Anfälle eine große Rolle, wenn auch die ganze Färbung der Zustände nicht so ausgesprochen epileptiform zu sein scheint wie beim Blei. Der Ausgleich der Störungen erfolgt sehr viel langsamer und meist sehr viel weniger vollständig als beim Blei; etwa $\frac{3}{4}$ der beobachteten Fälle haben mehr oder minder schwere dauernde Defekte und besonders Epilepsie zurückbehalten.

In der Sturm- und Drangperiode des Jodoforms (Anfang der achtziger Jahre) sind von den Chirurgen zahlreiche Jodoformpsychosen beobachtet worden, die in leichten Fällen sich durch ängstliche delirante Unruhe (nachts stärker als am Tage) kennzeichnen, in schwereren das Bild der akuten Verwirrtheit haben mit hochgradiger Bewußtseinsstörung, Benommenheit, deliranten Halluzinationen, unterbrochen von motorischen Erregungszuständen und Tobsuchtsanfällen; in ganz schweren, meist zum Tode führenden Fällen bekommt das Bild durch die tiefe Benommenheit, Nackenstarre, kahnförmige Einziehung des Leibes und Konvulsionen Ähnlichkeit mit der Meningitis.

Ähnliche, aber stets leichtere psychotische Erscheinungen sind bei mehrtägigem Gebrauch von Salizylsäure beschrieben worden.

Auf die psychischen Störungen bei Kohlenoxyd-Vergiftung hat erst ganz neuerdings wieder *Sibeli* die Aufmerksamkeit der Psychiater gelenkt. Ist die Intoxikation schwer genug und führt sie nicht sofort zum Tode, so schließen sich gern an sie an, entweder direkt oder nach einem Intervall von einigen Tagen bis zu mehreren Wochen, schwere Störungen seitens des Gehirns, welche häufig in Wochen bis Monaten unter Lähmungserschei-

nungen zum Tode führen. Psychisch stehen auch hier wieder im Vordergrund: Benommenheit, Apathie, Stupor; dazu vorübergehende Erregungszustände und ganz vereinzelte schwachsinnige Wahnideen; außerdem finden sich vielfach Lähmungen, Amaurose. Hemipie, epileptische Anfälle, Inkontinenz und andere auf grobe Läsionen des Zentralorganes hinweisende Symptome. —

Überblickt man die psychotischen Erscheinungen bei Vergiftung mit den angeführten, chemisch sehr verschiedenartigen Stoffen (Blei, Ergotin, Jodoform, Salizylsäure, Kohlenoxyd), so fällt ohne weiteres auf, daß sie symptomatisch einander recht nahe stehen, daß sie zum mindesten eine ganze Reihe gemeinsamer, das Bild beherrschender Züge haben; das sind in erster Linie: die schwere Bewußtseinstrübung, die Neigung zu Krampfanfällen, zu deliranten Zuständen, zu motorischen Erregungen.

Diese Symptome treten im einzelnen bei den verschiedenen Vergiftungen in verschiedener Intensität und in verschiedener Mischung auf, sie geben aber in ihrer Gesamtheit allen ein gemeinsames Äußere.

Charakteristisch für diese Gruppe von psychischen Störungen ist ferner ihre kurze Dauer, ihr rasches Abklingen und ihre Tendenz zur Restitution; was vielfach zurückbleibt, sind einfache psychische Schwächezustände ohne Neigung zur Progression. Gleichzeitig mit den psychotischen Erscheinungen finden sich stets mannigfaltige körperliche und nervöse Störungen als Ausdruck einer allgemeinen Schädigung nicht nur des Nervensystems, sondern des ganzen Körpers. Die psychischen Störungen können im Vordergrund stehen und das ganze Bild beherrschen, sie können aber auch nur kurze vorübergehende Episoden darstellen.

Symptomatisch am nächsten stehen diese psychischen Zustände nach Vergiftungen denjenigen, welche wir nicht selten als interkurrente Erscheinungen bei den verschiedensten schweren organischen Schädigungen des Gehirns, bei Tumoren, Schädelverletzungen, Meningitiden, ferner im Verlauf der sog. hirnatrophi- schen Prozesse beobachten (ganz besonders fordert zum Vergleich heraus die progressive Paralyse). Beim Kohlenoxyd geht das so weit, daß man besser überhaupt nicht von einer Psychose, sondern von Gehirnkrankheit reden sollte. —

Eine für die Lehre von den Intoxikationspsychosen wichtige Unterscheidung, welche nicht immer genügend beachtet wird, ist die zwischen akuten und chronischen Vergiftungen. Weiter ist für das Verständnis dieser Erkrankungen von Bedeutung die Unterscheidung zwischen direkter und indirekter Wirkung der Gifte.

Wir kennen eine ganze Reihe von Stoffen (Narcotica, Ex-citantia usw. der Arzneimittellehre), welche, in den Körper in genügender Menge eingebracht, bei jedem Menschen nach einmaliger Dosis, wir wir annehmen müssen unmittelbar, als direkte Wirkung auf das Gehirn Zustände hervorrufen, die wir je nach den Erscheinungsformen als Schlaf, Benommenheit, Rausch, Erregung usw. bezeichnen. Ob es aber überhaupt Stoffe gibt, welche nach einmaliger Verabreichung bei Gesunden als direkte Giftwirkung Psychosen erzeugen, muß nach unseren heutigen Kenntnissen zum mindesten recht fraglich erscheinen. Wo wir solche auftreten sehen, handelt es sich wohl stets um Zustände, welche durch die Giftgabe nur ausgelöst worden sind (pathologische Räusche, hysterische Zustände u. ähnl.).

Daß man beim Kohlenoxyd von Psychosen im engeren Sinne des Wortes nicht reden kann, ist bereits erwähnt worden. Beim Jodoform und bei der Salizylsäure ist immerhin auffällig, daß die psychischen Störungen sich oft schon nach wenigen Tagen einstellen. Ob hier andere Verhältnisse vorliegen, wie bei der Mehrzahl der Gifte, und ob die Störungen, die nach ihrer Aufnahme auftreten, anders zu beurteilen sind, muß noch dahingestellt bleiben. Bezüglich der Salizylsäure-Psychosen wird von allen Autoren hervorgehoben, daß sie fast ausschließlich bei schwer belasteten, oder aber bei kachektischen, heruntergekommenen Individuen auftreten, bei Individuen, die obenein fast alle an fieberhaften Erkrankungen (Grund der Anwendung des Mittels) litten.

Jedenfalls steht fest, daß bei den überhaupt praktisch für die Psychiatrie in Frage kommenden Giften sich psychische Störungen stets erst nach chronischer Intoxikation, oft erst nach Jahren, entwickeln.

Im Verlauf solcher chronischen Intoxikationen sehen wir dann:

1. daß psychische Störungen auftreten bei Giften, bei welchen wir als Folge einmaliger Aufnahme keinerlei Einwirkungen auf das Gehirn kennen (Blei, Ergotin),

2. daß bei Giften, welche nach einmaliger Aufnahme direkt die psychischen Funktionen beeinträchtigen, psychische Störungen sich entwickeln, welche ganz anderer Art sind, als die direkten Wirkungen,

3. daß die zur Entwicklung kommenden Störungen bei den allerverschiedensten Giften in weitem Maße einander ähnlich sind¹⁾ (Blei und Ergotin untereinander, und beide zusammen mit dem Alkohol).

Diese Tatsachen scheinen mir nur durch die Annahme erklärbar zu sein, daß es sich bei der geschilderten Gruppe von akuten psychotischen Zuständen im Verlauf chronischer Intoxikationen nicht um direkte Wirkung der betreffenden Gifte handelt, sondern daß irgendwelche Zwischenglieder vorhanden sind; man wird sich vorstellen müssen, daß das Gift irgendwelche allgemeinen körperlichen Veränderungen setzt, und daß erst auf dem Boden dieser Veränderungen sich gegebenenfalls akute psychische Störungen entwickeln. Es sind das Anschauungen, zu denen schon *Siemens* und *Tuczek* auf Grund ihrer Beobachtungen beim Ergotismus gekommen sind, und welche in letzter Zeit mehrfach für den Alkoholismus ausgesprochen wurden.

Von diesen „Zwischengliedern“ werden wir weiter annehmen müssen:

1. daß sie eine gewisse Selbständigkeit haben, wenn sie einmal da sind, daß sie durch das betreffende Gift höchstens immer wieder angefacht und dauernd erhalten werden,

2. daß sie bei den verschiedensten Giften gleichartig oder wenigstens ähnlich sind und nur Nuancierungen durch die Besonderheiten der einzelnen Gifte erhalten.

¹⁾ *Heibergs* Versuch (Zentralbl. f. Nervenl. 1902), einer vorläufigen Systematik der Intoxikationspsychosen die Gruppierung der Krankheiten nach der chemischen Verwandtschaft der wirksamen Stoffe zugrunde zu legen, erscheint mir wenig glücklich und findet in der klinischen Erfahrung wenig Rückhalt. *Heiberg* macht meines Erachtens den Grundfehler, daß er nicht scharf genug zwischen akuter direkter Wirkung der Gifte auf die psychischen Funktionen und zwischen Psychosen unterscheidet.

Eine ganze Reihe von klinischen und anatomischen Tatsachen spricht dafür, daß für diese Vermittlerrolle in erster Linie das Gefäßsystem (seine Wandung oder sein Inhalt) in Anspruch zu nehmen ist.

Mit diesem einen Zwischengliede werden wir wahrscheinlich bei allen akuten psychotischen Zuständen im Verlauf chronischer Intoxikationen rechnen müssen. Welche anderen Momente als begünstigende oder auslösende Faktoren außerdem noch in Betracht kommen, entzieht sich noch fast völlig unserer Kenntnis; ebensowenig wissen wir Genaueres darüber, wieweit selbst bei so schweren Giften wie Ergotin und Blei das Bestehen „innerer Ursachen“ eine Rolle spielt. Daß die Aufnahme des Giftes in den Körper allein nicht genügt, um in jedem Falle psychische Störungen hervorzurufen, das lehrt die täglich zu machende Erfahrung; es erkrankt unter anscheinend völlig gleichen Bedingungen stets nur ein Teil der der Giftwirkung ausgesetzten Individuen.

Die besprochenen Formen psychischer Störungen bei den angeführten Giften lassen sich leicht in eine Gruppe zusammenfassen. Für den Nachweis, daß es sich im einzelnen bei ihnen in der Tat um Folgezustände der Giftwirkung handelt, daß es also berechtigt ist, bei ihnen von Intoxikationspsychosen zu sprechen, können wir vor allem die klinische Erfahrung geltend machen, daß diese Erkrankungsformen häufig sind, und daß wir sie in einer großen Reihe von Fällen immer wieder in der gleichen Art sich entwickeln sehen; dazu kommt die Möglichkeit, sie klinisch als eine besondere Gruppe zu umschreiben und sie von der Mehrzahl anderer Psychosen abzugrenzen.

Es ist nun natürlich nicht von der Hand zu weisen, daß neben diesen gut charakterisierten und gut bekannten Formen noch andere vorkommen, die in Erscheinungsformen, Verlauf und Ausgang von diesen abweichen. In der Literatur finden sich solche Mitteilungen ganz andersartiger Erkrankungen nach Vergiftung mit Blei, Jodoform und Kohlenoxyd; es finden sich ferner Mitteilungen von Intoxikationspsychosen nach Aufnahme weiterer Stoffe, welche hierher gehören würden, z. B. Schwefelkohlenstoff.

Ich habe darauf hingewiesen, daß schon bei den geschilderten Formen, wenn man etwas genauer zusieht, die ätiologischen Verhältnisse nicht ganz einfach liegen; zwischen Giftwirkung und Psychose schieben sich Zwischenglieder ein, und wir haben allen Grund anzunehmen, daß die gleichzeitige Mitwirkung anderer, uns nicht bekannter ätiologischer Momente von Bedeutung ist; es würde sich also, streng genommen, schon bei ihnen nicht um eine einzige Ursache handeln, es wäre schon bei ihnen die Bezeichnung Intoxikationspsychose eine *Denominatio a potiori*. Doch treten hier diese anderen ursächlichen Faktoren an Bedeutung so weit zurück gegenüber der Rolle, welche die betreffenden Gifte in der Entstehungsgeschichte der Störungen spielen, daß die Bezeichnung Intoxikationspsychosen durchaus berechtigt ist. Das gleiche scheint mir bei der Mehrzahl der in der Literatur beschriebenen Fälle andersartiger Erkrankungen nach Vergiftungen mit den angeführten Stoffen nicht der Fall zu sein. Dahin möchte ich u. a. zählen: die von *Bartens* seinerzeit beschriebenen Fälle von Bleipsychosen, die „Melancholien“, welche als Folgezustände der Jodoformvergiftung von Chirurgen angeführt worden sind, sowie die Mehrzahl der von *Laudenheimer* als Schwefelkohlenstoff-Psychosen aufgefaßten Fälle.¹⁾

Es sind das Erkrankungen der allerverschiedensten Art, was ihre Symptome, den Verlauf und den Ausgang betrifft, Erkrankungen, die vielfach nur das eine gemeinsam haben, daß sie bei Individuen zum Ausbruch gekommen sind, welche nachweislich der Einwirkung der betreffenden Gifte ausgesetzt waren, und welche zum Teil die unzweifelhaften Folgen dieser Einwirkungen auf das Nervensystem und den übrigen Körper erkennen ließen. Bei der großen Verschiedenartigkeit der Erkrankungen und der Unmöglichkeit, sie

¹⁾ Es ist der gleiche Einwand gegen *Laudenheimer* schon von verschiedenen Seiten erhoben worden. Auch die ausführlich begründete Stellungnahme *Quensels* für *L.* hat mich nicht überzeugen können. Die vier weiteren Fälle, welche *Quensel* seinen Ausführungen beifügt, sind meines Erachtens ganz anderer Art als das Gros der Fälle von *L.* Sie stehen ihrer Symptomatologie nach den hier besprochenen Formen von Blei-, Ergotin- usw. Erkrankungen recht nahe: wenige Wochen bis höchstens einige Monate dauernde Zustände von starker Verwirrtheit, Einengung des Bewußtseins mit lebhafter motorischer Unruhe und ganz allmählichem Abklingen.

nisch von symptomatologisch nahestehenden, aber sicher andersartigen Krankheitsformen abzugrenzen, fehlt vorläufig jede Handhabe, auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit auszuschließen, daß sich um zufällige Komplikationen gehandelt habe. Allerdings ist es bei sehr vielen von ihnen nicht von der Hand zu weisen, daß das Gift bei der Entwicklung und bei dem Ausbruch der Psychose eine — nicht genauer zu bestimmende — ätiologische Rolle gespielt hat. Aber es fragt sich gerade, ob es empfehlenswert unter solchen Umständen ohne weiteres von Intoxikationspsychosen zu reden. Bei dem Streit um die Umgrenzung einer Krankheitsgruppe nach ätiologischen Gesichtspunkten wird alles auf ankommen, welche Anforderungen der einzelne an die Nachweisbarkeit des ursächlichen Zusammenhanges stellt. Wie schwierig ein solcher Nachweis überhaupt ist, darauf ist eingangs hingewiesen worden. Für denjenigen, dem es für die Rubrizierung der Erkrankung als Intoxikationspsychose genügt, wenn wahrscheinlich gemacht werden kann, daß ein bekanntes Gift bei der Entwicklung mitgewirkt hat, für den ist selbstverständlich der Begriff Intoxikationspsychose sehr viel weiter, als er hier gebraucht werden ist. Mit dieser Erweiterung büßt aber der Begriff seine Bedeutung für eine streng wissenschaftliche Klassifizierung von Krankheitsbildern ein; er verliert jede scharfe Grenze, und es ist dann nur eine folgerichtige Weiterentwicklung, wenn Meyer beispielsweise für den Alkohol zu der Anschauung gelangt: „Der Alkoholismus an sich kann jede Form der Geisteskrankheiten hervorrufen.“

Daß wir bei der sonst fast ausschließlich symptomatologischen Klassifizierung von Krankheitsbildern in der Psychiatrie mit der Zusammenfassung von Gruppen nach ursächlichen Momenten noch überall da auf Schwierigkeiten stoßen, wo diese Gruppen sich nicht gleichzeitig durch ihre klinischen Erscheinungsformen abheben, ist natürlich. Um so mehr ist bei solchen Versuchen übergroße Vorsicht als das kleinere Übel anzusehen. Die Lehre von den Ursachen der psychischen Erkrankungen ist noch ein recht dunkles Gebiet. Die Wirkung eingeführter Gifte ist so ziemlich der einzige

1) Auch Verlauf und Ausgang sind in diesem Sinne nur Symptome.

Faktor, über welchen wir überhaupt Genaueres wissen. Dem gegenüber steht ein ganzes Heer von ursächlichen Momenten, welche sich unserer Kenntnis noch fast völlig entziehen. Sie im Einzelfall auszuschließen, sie auch nur als weniger hauptsächlich den zufällig bekannten gegenüber in den Hintergrund zu schieben, dazu sollte man sich immer erst entschließen, wenn zwingende Gründe vorliegen. Sonst sinkt, auf die uns hier interessieren, die Frage angewendet, der rein ätiologische Begriff Intoxikationspsychose zu einem wesenlosen, bedeutungslosen herab, auf welchen man dann besser ganz verzichtet.

Geburtsstörungen und Epilepsie.¹⁾

Von

Dr. med. Volland, Anstaltsarzt.

Der Frage, ob Störungen im normalen Geburtsverlauf, namentlich die traumatischen Einwirkungen der Zange am kindlichen Kopf, von ungünstigem Einfluß auf die körperliche und geistige Entwicklung des Individuums sein können, steht eine große Zahl von Geburtshelfern skeptisch gegenüber.

*Ahlfeld*²⁾ verhält sich nicht ganz ablehnend, wenn er sagt: die Annahme, daß Kinder, die mit der Zange entwickelt wurden, häufig in ihrem weiteren Leben an psychischen Störungen und Epilepsie leiden sollten, ist noch nicht bewiesen, aber durch einzelne Beobachtungen nicht unwahrscheinlich gemacht. *Griesinger*³⁾ glaubt, daß „nur in seltenen Fällen Beeinträchtigungen des Kopfes schädlich werden“. *Savage* und *Krafft-Ebing* halten es für sicher, daß traumatische Schädlichkeiten während der Geburt zur Idiotie führen können, eine größere Bedeutung messen sie jedoch den Schädlichkeiten bei, die nach der Geburt, in den ersten Jahren der Kindheit eintreten. *Stolper*⁴⁾ sezierte einen schweren Fall von Porencephalie eines Kindes, das nach zweitägiger Wehendauer mittels Zange bei verengtem Becken der Mutter geboren war. Bei Heranziehung der Literatur zitiert er *L. Meyer*, der gewisse Schädeldeformitäten bei originär Schwachsinnigen auf traumatische Einflüsse während der Geburt zurückführt. Auch *Winkler* und *Bollaen* haben bei zehn zur Autopsie gekommenen Idioten Eindruckstellen am Schädel vorgefunden, die sie auf ein Trauma während der Geburt zurückführten. *Fletcher-Beach* zählt von 810 Idiotischen 35 Fälle = 4,3 %, wo das Instrument beschuldigt wird, während 216 oder 26,6 % durch schwierigen Geburtsverlauf ohne Applikation von Instrumenten entstanden sein sollen. *Küntzel* führt 0,9 % seiner

¹⁾ Aus der Anstalt für Epileptische in Bethel bei Bielefeld.

²⁾ Lehrbuch der Geburtshilfe, 1898.

³⁾ Pathologie und Therapie, 1876.

⁴⁾ Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen, 3. Folge, XIII.

Fälle von Idiotie auf die Zange, 4,5 % auf schwere Geburten ohne Kunsthilfe zurück. *Wulff*,¹⁾ der eine Reihe einschlägiger Fälle von Zangengeburt resp. von schwierigem Geburtsverlauf und späterer Idiotie sammelte, stellte selbst diesbezügliche Untersuchungen bei 1436 Idioten verschiedensten Grades an. Unter diesen ließen sich 198 mal, also in 13,8 % aller Fälle anamnestisch erhebliche Kopfsulte vor und während der Geburt und im ersten Lebensjahr feststellen. Von diesen 198 Idioten wiesen 101 = 51 % aller Fälle erbliche Belastung als konkurrierendes Moment auf, wodurch allerdings die Kopftrauben in ihrer Bedeutung für die Entstehung des späteren Zustandes eine Einschränkung erfahren. 43 Fälle = 21,7 % waren epileptisch.

In Rücksicht auf die hervorragende Rolle, die gerade das Schädeltrauma im allgemeinen für das Zustandekommen der Epilepsie spielt, ist es natürlich von Interesse, die Anschauungen der Autoren zu hören, die speziell mit dem Studium der Epilepsie sich beschäftigt haben, und zu erfahren, welche Bedeutung sie den traumatischen Schädlichkeiten während der Geburt für das Zustandekommen der Epilepsie beimessen.

*Féré*²⁾ äußert sich wie folgt: „Gewissen Umständen bei der Geburt hat man die Epilepsie beim Kinde die Schuld gegeben. So ist einige Male (*Bourneville*) scheinbarer Tod des Kindes, Asphyxie durch Umschlingung der Nabelschnur um den Hals, langes Verweilen im kleinen Becken, Applikation des Forceps beobachtet worden. Ob diese Dinge wirklich die ihnen zugeteilte Rolle spielen, ist schwer zu sagen. Aber sie verdienen genannt zu werden.“ Einen entschiedenen und klaren Standpunkt nimmt *Binswanger*³⁾ in seinem grundlegenden Werke ein. Bei Erörterung der verursachenden Faktoren der epileptischen Veränderung zieht er die neuro- resp. psychopathische Prädisposition des Individuums heran, die er in 1. vererbte, 2. intrauterin und 3. während des extrauterinen Individuallebens erworbene einteilt. Eine erworbene Prädisposition des Individuums und damit eine gesteigerte Verletzbarkeit des Zentralnervensystems liegt unter anderem nach *Binswanger* auch in jenen Fällen vor,⁴⁾ „in welchen traumatische Schädigungen des Schädels resp. des Gehirns während des Geburtsaktes die Grundlage einer dauernden Beeinträchtigung des Nervensystems bilden.“

Er lenkt hierbei unter Heranziehung eines typischen Krankheitsbildes die Aufmerksamkeit auf diejenigen Fälle, wo gröbere Verletzungen des Gehirns mit sichtbaren Folgen fehlen und die bei der Geburt entstandene Schädelkompression infolge von Forceps oder forcierter Wendung sich wieder aus-

¹⁾ Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1893, Bd. 49.

²⁾ Die Epilepsie, 1899.

³⁾ Die Epilepsie, 1899.

⁴⁾ S. 72.

n. ohne zuerst scheinbar nachteilige Folgen für die Entwicklung des s zu hinterlassen.

Verfasser hat es im folgenden versucht, 1500 Fälle des hiesigen kenmaterials durchzumustern, um sich von der Bedeutung Geburtsstörungen als prädisponierenden Faktors für die Ent- ing der Epilepsie zu überzeugen, und hierbei 45 Fälle vor- iden. Diese 45 Fälle = 3 % wurden von folgenden Gesichtst- ten geprüft: Hereditäre und familiäre Verhältnisse, Geburts- uf und Entwicklungsgang, Auftreten der epileptischen Insulte, erlicher Befund, geistiger Befund, besondere Merkmale bei Anfällen. Da es nun zu weit führen würde, alle die Kranken- ichten hier aufzuführen, so wurde das Resultat der Unter- ung in die vorliegende Übersicht zusammengefaßt, bei der Scheidung mit und ohne neuro- resp. psychopathische Be- ing vorgenommen wurde.

A. Fälle mit hereditärer Belastung.

I. Geburtsverlauf:

Zange	in 6 Fällen
Schwere, langandauernde, spontane Geburt mit nachfolgender Asphyxie	5 "
Gesichtslage	1 "
Fußlage	1 "

II. Auftreten der epileptischen Anfälle:

a) Während der ersten Dentition

1. ohne nachweisbare Ursache . . . in 4 Fällen
2. im Anschluß an körperliche Krank-
heiten 2 "
(Einmal während Pertussis, ein-
mal im Anschluß an Darm-
katarrh und Lungenentzün-
dung.)

b) Während der zweiten Dentition

1. ohne Gelegenheitsursache in 4 Fällen
(in einem Falle zuerst Konvul-
sionen im 5. Monat, dann Pause
bis zum 6. Jahr, dann Einsetzen
der epileptischen Insulte; in einem
anderen Falle während der beiden
ersten Jahre Konvulsionen)
2. mit Gelegenheitsursache (Schreck,
Trauma usw.) — "

- c) In der Pubertät in 1 Falle
(mit Gelegenheitsursache: Schlag auf den Kopf)
- d) Nach der Pubertät in 1 Falle
(einmal im 18. Jahre, einmal im 21.).

III. Körperliche Abweichungen:

- Leichte Assymetrie des Schädels in 1 Falle
- Steile Stirn " 1 "
- Ungleichheit der Pupillen " 2 Fällen
- Hemiplegie (gleich im Anschluß an die Geburt nach Gesichtslage) " 1 Falle
- Fazialisparese " 1 "

IV. Geistiger Zustand:

- Schwachsinn in 7 Fällen
- Idiotie " 2 "

V. Besonderheiten bei den Anfällen:

- Vorwiegend Zuckungen im Fazialisgebiet. . in 1 Falle

B. Fälle ohne erbliche neuro- resp. psychopathische Belastung.

I. Geburtsverlauf:

- Zangengeburt in 24 Fällen
- Langdauernde spontane Geburten, meist mit nachfolgender Asphyxie 5 "
- Wendung und Extraktion 1 Falle
- Schwere Geburten ohne nähere Angaben . . 2 Fällen

II. Auftreten der Anfälle:

- a) Vor der ersten Dentition
1. ohne Gelegenheitsursache in 3 Fällen
(in einem Falle vom zweiten Lebensstage an)
 2. mit Gelegenheitsursache " — "
- b) Während der ersten Dentition
1. ohne Gelegenheitsursache in 2 Fällen
 2. mit Gelegenheitsursache " — "
- c) Während der zweiten Dentition
1. ohne Gelegenheitsursache in 10 Fällen
(in einem Falle Konvulsionen im 11.—12. Monat)
 2. mit Gelegenheitsursache 3 "
(Sturz in kaltes Wasser, Sturz von der Treppe, Schreck)

d) In der Pubertät

1. ohne Gelegenheitsursache in 4 Fällen
2. mit Gelegenheitsursache " — "
- (in einem der vier Fälle bei 1
Konvulsionen während Brechdurch-
fall im Alter von vier Monaten)

e) Nach der Pubertät

1. ohne Gelegenheitsursache in 3 Fällen
- (in einem Falle urämische Kon-
vulsionen im siebenten bis achten
Lebensjahre).

III. Körperliche Abweichungen:

Zangenkompressionen am Schädel	in 3 Fällen
Nystagmus rotatorius	" 1 Falle
Strabismus divergens	" 1 "
Geringe Mikrokephalie	" 1 "
Choreatische Zuckungen	" 2 Fällen
Zerebrale Kinderlähmung	" 7 "

IV. Psychische Abweichungen:

1. Schwachsinn in 12 Fällen
2. Idiotie " 8 "

V. Besondere Merkmale bei den Anfällen:

Unmittelbar vor dem Anfall:

Ziehende Schmerzen an der Stelle der Zangenimpression	in 2 Fällen
Krampfhaftes Zusammenziehen der Zunge	" 1 Falle
Ziehendes Gefühl im linken Fuß, das dann den Körper hinaufsteigt	" 1 "
Zittern und Ziehen am Hals	" 1 "
Zucken im linken Arm	" 1 "

Wie aus der Übersicht hervorgeht, weisen von den 45 Fällen mit Abweichungen vom normalen Geburtsverlauf 13 Fälle hereditäre Belastung als konkurrierenden Faktor für das Zustandekommen der Epilepsie auf. Es ist einleuchtend, daß beim Zusammentreffen der beiden Faktoren eine gesteigerte Prädisposition zur Erkrankung des Individuums vorliegt. In 6 Fällen fand sich bei den nicht neuropathisch Belasteten Tuberkulose in der Aszendenz, die nach *Binswanger* (S. 85) als keimschädigende Ursache in Betracht kommt. *Binswanger* schließt sich im übrigen *Hasse* und *Nothnagel* an, die bei der großen absoluten Häufigkeit der

Phthise, selbst bei dem öfteren Zusammentreffen beider Krankheiten in einer Familie einen inneren genetischen Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Epilepsie in Abrede stellen. — Noch einige Worte zur Erläuterung der Übersicht. Nur in 3 Fällen ließe sich bei unserm Material mit Sicherheit die Schädelveränderungen auf traumatische Einwirkungen während der Geburt zurückführen. In einem dieser Fälle handelte es sich um ein blödes Kind, das seit den ersten Lebenstagen epileptisch, im Alter von 6 Jahren verstarb. Intra vitam bestand eine Parese des entgegengesetzten Fazialis und eine geringere Entwicklung des entgegengesetzten Armes, bei der Autopsie fand sich makroskopisch außer chronischer Leptomeningitis und Granulierung des Ependyms in den Seitenventrikeln nicht einmal eine deutliche Assymetrie im Bau der Hemisphären, von größeren Veränderungen ganz zu schweigen. Außer dem genannten Falle stehen noch zwei Autopsien zur Verfügung. In beiden Fällen handelte es sich gleichfalls um Idioten, beide durch Forceps geboren, von denen der eine im 17. der andere im 4. Jahre verstarb. Bei dem 17jährigen, von mütterlicher Seite tuberkulös belastet, fand sich makroskopisch nur eine chronische Leptomeningitis. Die Epilepsie hatte sich zur Zeit der zweiten Dentition eingestellt. Der vierjährige, vom Vater tuberkulös belastet, zeigte Entwicklung von kleineren und größeren Hirntuberkeln im rechten Stirnhirn und der motorischen Region. *Kundrat, Lambl, Schüle und Kocher* haben für manche Fälle von Porencephalie Schädelkompression während der Geburt als Ursache angenommen, auch *Stolper* (siehe oben) sezierte einen solchen Fall. Unter etwa 100 Autopsien von Epileptikern sah Verfasser einen typischen Fall von Porencephalie, bei dem jedoch die nachträglich angestellte Erkundigung einen normalen Geburtsverlauf und Fehlen jeglicher traumatischer Schädlichkeit ergab. — Bei der Durchsicht und Untersuchung aller Fälle wurde auch darauf geachtet, ob die epileptischen Insulte bei der Aura bestimmte Merkmale darbieten, die auf umschriebene krankhafte Herde in der Hirnrinde hindeuten. Die Entstehung solcher umschriebener Hirnherde beim Durchtritt des Schädels durch das verengte und deformierte Becken der Mutter ist wohl denkbar, wenn man bedenkt, welche schweren Läsionen der kindliche

Schädel zuweilen aufweisen kann (vgl. die entsprechenden Abbildungen der geburtshilflichen Lehrbücher).

Aber auch durch peripherische, gleichmäßige Kompression des Schädels entstehen bekanntlich intrakranielle Blutergüsse, die zerstörend oder schädigend auf die Hirnsubstanz einwirken können. Oft genug wird ja schon intrauterin durch den gesteigerten Hirndruck der Tod des Kindes herbeigeführt. Die Untersuchungen in dieser Hinsicht ergaben nur wenig; vgl. die Übersicht A Nr. V und B Nr. V. Für solche Fälle, in denen die Aura auf ein bestimmtes Hirnrindengebiet hindeutet, wäre es ja denkbar, daß durch Schädlichkeiten während des Geburtsaktes Hirnrindenveränderungen entstanden sind, die, nach *Binswanger* einen dauernden Reiz ausübend, zu veränderten Erregbarkeitszuständen des Gehirns d. i. zur epileptischen Veränderung Veranlassung geben.

So erklärt sich nach dem genannten Autor die Epilepsie vor allem auch in den Fällen, wo die pathologischen Prozesse der zerebralen Kinderlähmung sich in der Hirnrinde abgespielt haben. Unter den vorliegenden 45 Fällen von Geburtsstörungen und Epilepsie finden sich 7 Fälle, die sämtlich keine neuro- resp. psychopathische Belastung aufweisen, und bei denen wohl nicht die Geburtsstörung sondern in erster Linie die organische Hirn-erkrankung als Ursache für den veränderten Erregbarkeitszustand des Gehirns anzusehen ist. Auf diese 7 Fälle bezieht sich folgende Übersicht (s. S. 732).

Wenn auch die Zahl der vorliegenden Fälle eine sehr geringe ist, so führen sie doch hinsichtlich ihrer Entstehung zu der Vermutung, daß die traumatischen Schädlichkeiten während des Geburtsaktes das Gehirn für die Entwicklung des encephalitischen Prozesses prädisponierten. —

Bei dem Versuche Störungen im Ablauf des normalen Geburtsvorganges in eine kausale Beziehung zur Epilepsie zu bringen, erschien es natürlich notwendig, sich auch nach dem Geburtsmodus und dem Gesundheitszustand der Geschwister der Epileptiker zu erkundigen, die selbst eine schwere Geburt durchzumachen hatten. Es wurden entsprechende Erkundigungen bei den Eltern unserer Patienten eingezogen, die das folgende Resultat hatten:

Auftreten der Kinderlähmung	Art des Geburtsverlaufs	Auftreten der epilept. Insulte	Besondere Bemerkungen
1. in der 13. Woche	Zange nach 8 täg. Geburtsdauer	mit Eintritt der Kinderlähmung	geistig: blöde (tuberkul. Belastung), bei der Autopsie Hirntuberkel
2. im 10. Monat	Forceps	mit Eintritt der Kinderlähmung	geistig: Schwachsinn.
3. keine genauen Angaben	spontan aber von langer Dauer	im 4. Jahre	mit 1½ Jahren „Zahnkrämpfe“, geistig: blöde
4. im 15. Monat	Forceps	mit Eintritt der Kinderlähmung	geistig: schwachsinnig.
5. im 18. Monat	Forceps	Ende des zweiten Jahres	gleich post partum. Schwäche auf d. später gelähmten Seite.
6. keine genauen Angaben	Gesichtslage lange Dauer	im 1. Jahre	geistig: Schwachsinn vom 1.—6. Jahre Konvulsionen, dann Pause, dann im 11. Jahre von neuem.
7. im 2. Jahre	Forceps	zu Beginn der 2. Dentition	geistig: Schwachsinn. geistig: hochgradiger Schwachsinn.

1. Familie. Drei Geburten. 1) Frühgeburt im 8. Monat, starke Kompression des Kopfes mit der Zange, später Epilepsie. 2) schwere Geburt, zwei Ärzte, Kind tot zur Welt. 3) Frühgeburt im 8. Monat, leicht, Kind später an Brechdurchfall gestorben.

2. Familie. Zwei Kinder durch Forceps. Ein Kind im 10. Monat Encephalitis, seit dieser Zeit auch Krampfanfälle; das zweite, zurzeit 8 Jahre alt, bis jetzt gesund. Sechs andere Geburten verliefen normal, Kinder sämtlich gesund.

3. Familie. Zangengeburt, Kind später epileptisch, die übrigen Geschwister ohne Kunsthilfe nur mit etwas längerer Geburtsdauer geboren, sämtlich gesund.

4. Familie. Zangengeburt, Kind später epileptisch, zweiter Partus (7 Monatskind), langdauernd doch ohne ärztliche Hilfe, Kind immer viel krank, „nervenschwach“, zurzeit 6 Jahre, bis jetzt keine Krampfanfälle. Dritter Partus leicht, zuerst gute Entwicklung, mit 7 Monaten Exitus letalis infolge von „englischer Krankheit und Nierenleiden“.

5. Familie. Die fünf ersten Kinder langdauernde Geburten, keine Kunsthilfe, sämtlich gesund, das sechste Kind Gesichtslage, Geburtsdauer zwei Tage, schließlich spontane Geburt, Kind verunstaltet (Kopf auf dem Rücken, linke Hand verdreht, später Hemiplegie und Krampfinstulte, das achte

Kind vom Arzt geholt, starb während der Geburt, das zwölfte Kind mit ärztlicher Hilfe geboren, bis jetzt gesund.

6. Familie. Zangengeburt, nachfolgende Asphyxie, im 2.—6. Monat Lungenentzündung und Darmkatarrh, danach Krampfanfälle, zwei andere Geschwister (8 und 2½ Jahre alt) bis jetzt gesund.

7. Familie. Zangengeburt (großes Kind, 10—11 Pfund schwer), im 15. Monat Encephalitis, seit dieser Zeit Krampfanfälle, die anderen Geschwister mit kurzer Geburtsdauer geboren, bis jetzt gesund.

8. Familie. Vier- bis fünfstündige Geburtsdauer, ärztliche Hilfe (doch keine Zange, auch kein anderer schwerer Eingriff), Kind gesund, zweites Kind Zangengeburt, gleich post partum Schwäche der rechtsseitigen Extremitäten, im 18. Monat Zunahme der Lähmung, im 2. Jahre Krampfsulte.

9. Familie. 1) Forceps, im 11.—12. Monat Konvulsionen, im 8. Jahre Epilepsie. 2) Normale Geburt, Kind bis jetzt gesund.

10. Familie. Rhachitisches Becken der Mutter. Sämtliche Kinder mit ärztlicher Hilfe geboren. 1) Tod wenige Minuten nach der Geburt. 2) Seit der Geburt „Lungenfehler“, Neigung zu Ohnmachten. 3) In der ersten Kindheit „Darmkrämpfe“, im 16. Jahre Epilepsie. 4) Kind im 12. Jahre Epilepsie. 5) Kind schwächlich und kränklich, geistig bis jetzt gut begabt.

11. Familie. Sieben Geschwister, vier schwere Geburten. Ein Sohn durch Forceps geboren, epileptisch. Eine Schwester gesund, deren Geburtsmodus leider brieflich nicht angegeben, die anderen Geschwister klein gestorben.

12. Familie. Mutter in der ersten Gravidität viel Aufregung, bei Eintritt der Wehen Chloroformierung durch englischen Arzt in New York, Wehenschwäche, Forceps, Konvulsionen im 5. Monat, Epilepsie mit 6 Jahren. Zweites Kind: Schwangerschaft normal verlaufen. Bei Wehenbeginn abermals Chloroformierung durch den englischen Arzt, Wehenschwäche, Forceps, starke Kompression des Kopfes, im Alter von 3—4 Monaten 18mal Krampfanfälle, Knabe jetzt 15 Jahre alt, bis jetzt gesund. Drittes Kind normal (in Deutschland) geboren, bis jetzt gesund.

13. Familie. Fünf Kinder leben und sind gesund, sämtlich normal geboren, das jüngste Kind Zangengeburt, im 8. Jahre Epilepsie.

14. Familie. Patient ist das zweite Kind seiner Mutter, tiefe bleibende Zangenimpression, infolge davon Hemiparese, später epileptisch. Die übrigen Geschwister normal geboren und gesund.

15. Familie. Sechs Kinder sämtlich wegen Beckenenge der Mutter durch Zange oder Wendung geboren. Fünf während der Geburt verstorben, das vierte Kind (schwerer Forceps mit bleibender Schädelimpression) nach normaler geistiger und körperlicher Entwicklung in der Pubertätszeit epileptisch.

16. Familie. Erstes Kind Zangengeburt, nachfolgende Asphyxie, später epileptisch. Zweites Kind leicht geboren, bis jetzt gesund.

17. Familie. Sieben Geschwister, fünf Kinder mit der Zange geboren, ein Sohn epileptisch, die übrigen bis jetzt gesund.

18. Familie. Erstes Kind schwerer Forceps, gute Entwicklung, mit 20 Jahren Soldat, bis jetzt gesund. Zweites Kind, schwere Geburt, wahrscheinlich Wendung, später Epilepsie. Drittes Kind, Forceps, später epileptisch. Viertes Kind, normale Geburt, bis jetzt gesund.

19. Familie. Zwei Zangengeburt, davon ein Kind epileptisch, das andere in frühester Kindheit gestorben. Die übrigen Geschwister normal geboren, bis jetzt gesund.

Leider stehen mir nur die obigen Auskünfte zur Verfügung, in den anderen Fällen waren die Eltern entweder verstorben oder die Antworten waren zu ungenau, um Verwertung finden zu können. Zur Erläuterung der Familienberichte ist nicht viel hinzuzufügen: sie zeigen mit Deutlichkeit den zuweilen schädigenden Einfluß des abnormen Geburtsverlaufs, indem in ein und derselben Familie normal geborene Kinder gesund blieben, während die mit schwierigem Geburtsverlauf später an Epilepsie erkrankten.

Damit wäre Verfasser zum Schlusse seiner Untersuchung gekommen, deren Ergebnis er folgendermaßen formulieren möchte: Im Vergleich zu der großen Häufigkeit der Epilepsie spielen in der Ätiologie dieser Krankheit die Geburtsstörungen nur eine untergeordnete Rolle. Aber in einer kleinen Anzahl von Fällen sind die Geburtsstörungen als vorbereitende Ursache für die spätere Epilepsie anzuschuldigen. Durch die traumatischen Schädigungen des kindlichen Kopfes während der Geburt, auch wenn sie sich nach derselben bald ausgleichen und zuerst keine merkbaren Nachteile für das Kind erkennen lassen, kann der Boden für den gesteigerten Erregbarkeitszustand des Gehirns geschaffen werden, der sich in Form des epileptischen Leidens äußert. Die Entwicklung des Kindes kann sich in der ersten Kindheit normal vollziehen, bis plötzlich mit oder ohne Gelegenheitsursache, namentlich aber zu gewissen Zeiten, in denen sich physiologische Umwälzungen im Organismus vollziehen, der epileptische Anfall sich einstellt. Namentlich die Zeit der zweiten Dentition, dann aber auch die Pubertätszeit und die erste Dentition sind als solche gefährliche Entwicklungsperioden zu bezeichnen, die hinsichtlich der Prophylaxe der Epilepsie eine besondere hygienische Überwachung des Kindes erfordern.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

77. Ordentliche Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 16. Juni 1906 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Adams, Aschaffenburg, Becker, Borntraeger, Bernard, Brandis, Brockhaus, Deiters, v. Ehrenwall, Ennen, Fabricius, Finkelnburg, Foerster, Gerhartz, Gielen, v. d. Helm, Herting, Herzfeld, Keller, Krentenich-Gladbach, Kölpin, Landerer, Langen, Lennep, Liebmann, Lückcrath, Mohr, Müller, Oebeke, Peipers, Pelman, Peretti, Plempel, Rademacher, Rosenthal, Schirbach, Schmidt-Köln, Schmitz, Schütte, Fr. Schultze, Siebert, Thomsen, Thyeissen, Umpfenbach, Wagner, Wahn, Westphal, Wilhelmy.*

Als Gäste sind anwesend: *Boltz-Hamburg, Sommer-Bendorf, Schlegteudal-Aachen, Weber-Bonn.*

Der Vorsitzende macht zunächst Mitteilung von dem am 15. November 1905 erfolgten Tod des Geheimen Sanitätsrats *Heilmann-Krefeld* und erwähnt das Hinscheiden von *Fürstner*. Die Anwesenden ehren das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen. Dr. *Kraus*, bisher in Bonn, ist wegen Verzug aus der Rheinprovinz und Übergang zu einem anderen Spezialfach aus dem Verein ausgetreten. Zum Eintritt haben sich gemeldet: Dr. *Beyer*, dirigierender Arzt der neu eröffneten Volksheilstätte Roderbirken bei Leichlingen, der II. Arzt der Dr. *Erlenmeyerschen* Anstalten in Bendorf a. Rh. Dr. *Sommer*, und der Regierungs- und Geheime Medizinalrat Dr. *Schlegteudal-Aachen*.

Durch Akklamation werden dann in den Verein aufgenommen: Regierungs- und Geheimer Medizinalrat *Borntraeger-Düsseldorf*, Privatdozent Dr. *Finkelnburg-Bonn*, Dr. *Ewald Kirch-Krefeld*, Dr. *Gielen-Duisburg*, Nervenarzt, Dr. *Langer-Andernach*, Dr. *Mosebach-Galkhausen*, Dr. *Rüther-Merzig*, Dr. *Schirbach-Bonn*, Dr. *Schönbrod-Grafenberg*.

Es folgen die Vorträge:

Liebmann-Köln stellt zunächst zwei an Friedreichscher Krankheit leidende Brüder von 10 resp. 7 Jahren vor. Bei beiden findet sich hochgradige statische Ataxie, choreaartige Bewegungen des Kopfes und der oberen Extremitäten, taumelnder Gang, Fehlen der Kniephänomen, Skoliose, Friedreichscher Fuß. Außerdem haben beide Brüder hochgradige Veränderungen

am Herzen. Bei einer — nicht vorgestellten — Schwester von 31½ Jahren bei der sich auf nervösem Gebiet nur erst eine gewisse Unsicherheit beim Stehen und auffallend schwache Kniereflexe finden, läßt sich ebenfalls eine außerordentliche Arrhythmie des Pulses und eine Vergrößerung des Herzens, besonders des linken Ventrikels nachweisen. Als Ätiologie kommt vielleicht hereditäre Lues in Betracht. (An anderer Stelle soll ausführlich über die Fälle berichtet werden.)

Professor Westphal-Bonn: 1. Über hysterische Kontrakturnzustände äußerer Augenmuskeln in einem Falle traumatischer Psychoneurose.

Der demonstrierte 26jährige Patient hat im Jahre 1903 eine Schädelverletzung (Impression des rechten Scheitelbeines) durch einen eisernen Balken erlitten, der ihm auf den Kopf gefallen war. Im Anschluß an diese Verletzung stellten sich bald mannigfache psychische und nervöse Störungen bei dem Patienten ein.

Eine Aufmeißelung des Schädels an der Stelle der Narbe blieb ohne Erfolg.

Patient bietet zurzeit auf psychischem Gebiete die Zeichen der traumatischen Seelenstörung, eigenartige Demenz, Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, wehleidiges, stumpfes, apathisches Wesen mit zahlreichen hypochondrischen Klagen, in ausgesprochenster Weise dar.

Es bestehen heftige Kopfschmerzen, besonders ist die Schädelnarbe in hohem Grade druckempfindlich, das Schwindelgefühl ist so ausgesprochen, daß Patient nur mit Stock mühsam und langsam gehen kann.

Es besteht komplette Analgesie an der gesamten Körperoberfläche. Anfälle von Herzklopfen, starkes Schwitzen.

Im Vordergrund des Interesses stehen die Erscheinungen von seiten der Augen.

Der l. Bulbus ist nach innen gedreht, oft in extremer Konvergenzstellung, die mitunter lange Zeit hindurch beibehalten wird, so daß bei oberflächlicher Beobachtung leicht der Eindruck entstehen kann, als handle es sich um eine linksseitige Abduzenslähmung mit sekundärer Kontraktur des Rectus internus, zumal Patient über Doppelbilder beim Blicken nach links klagt. Es zeigt sich aber bei Prüfung der Bulbusbewegungen, daß eine Lähmung nicht besteht, der Bulbus vielmehr in den äußeren linken Augenwinkel bewegt werden kann. Bei diesen Bewegungen zeigt sich aber die bemerkenswerte Erscheinung, daß, sowie der Bulbus die Mittellinie nach links überschritten hat, zuckende, ruckweise Muskelzuckungen auftreten, die ihn wieder in seine ursprüngliche Konvergenzstellung zurückziehen suchen. Diese sehr charakteristischen Muskelzuckungen weisen darauf hin, daß in dem demonstrierten Falle die abnormen Bewegungsverhältnisse des l. Bulbus nicht auf einer Abduzenslähmung, sondern auf Kontrakturnzuständen äußerer Augenmuskeln, speziell des l. Mus-

culus rectus internus beruhen, die im Zusammenhang mit den übrigen Erscheinungen wohl als hysterische aufgefaßt werden müssen. Ich bemerke, daß die Untersuchung des Augenhintergrundes (Dr. Gallus) normale Verhältnisse ergeben hat, daß sich Zeichen einer organischen Erkrankung des Zentralnervensystems nicht finden. Interessanterweise scheint sich in jüngster Zeit auch auf dem rechten Auge eine Bewegungsanomalie in Gestalt einer leichten Divergenzstellung des r. Bulbus herauszubilden, die bei etwas stärkerer Ausbildung in Verbindung mit dem Befunde am l. Auge, den Anschein einer assoziierten Augenmuskellähmung erwecken könnte. Indessen zeigt auch die Untersuchung des r. Auges, daß bei dem Blicke nach links die erwähnten Zuckungen des Bulbus in deutlichster Weise auftreten, die abnorme Stellung des Bulbus also auf einen Kontrakturzustand des r. Musculus abduzens beruht.

Bei der Untersuchung gelingt es regelmäßig nachzuweisen, daß die charakteristischen Zuckungen der Bulbusmuskeln immer nur bei dem Blicke nach links auftreten und zwar sofort, wenn der Bulbus die Mittellinie überschritten hat. Daß in der Tat Fälle von hysterischer konjugierter Augenablenkung vorkommen, lehrt besonders eine interessante Beobachtung Borels¹⁾, in welcher diese Erscheinung ein ganzes Jahr bestanden haben soll. Eine vor kurzem von mir veröffentlichte Beobachtung²⁾ zeigte, daß selbst das Bild einer kompletten Ophthalmoplegie ext. bilat. durch hysterische Augenmuskelerkrankungen vorgetäuscht werden kann.

2. Demonstration zweier Fälle von Tabes dorsalis incipiens in hohem Lebensalter.

Beide Fälle sind dadurch bemerkenswert, daß sich die Tabes bei ihnen anscheinend erst im hohen Lebensalter entwickelt hat. Der Patient ist jetzt 71 Jahre alt, die³⁾ Patientin schon 78 Jahre. Beide Fälle zeigen Fehlen der Sehnenreflexe an oberen und unteren Extremitäten, sowie reflektorische Pupillenstarre, für die andere Ursachen (Neuritis, senile Miosis usw.) auszuschließen sind. Subjektive Beschwerden fehlen in beiden Fällen, so daß die Tabes einen zufälligen Befund bei zwei senilen Individuen darstellt, die wegen seniler psychischer Störungen in unsere Behandlung kamen. Ätiologisch ist besonders bemerkenswert, daß sich der Patient im Jahre 1895 in seinem 60. Lebensjahre syphilitisch infiziert hatte (Bericht der hiesigen Klinik für Syphilis), so

¹⁾ Arch. d'ophtalm. 1886 u. 87 und Annales oculistiques 1887. Zitiert nach Binswanger, Hysterie, S. 387.

²⁾ Über einen unter dem Bilde einer Ophthalmoplegie ext. verlaufenden Fall von traumatischer Hysterie. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905, Nr. 22.

³⁾ Dieser Fall ist wegen seiner Komplikation mit einer presbyophrenischen Psychose schon in der niederrheinischen Gesellschaft (Sitzung vom 11. Dezember 1905) von mir demonstriert worden.

daß der Fall also wohl den für die Ätiologie der Tabes wichtigen Beobachtungen zuzurechnen ist, auf die *Erb* immer mit Nachdruck hingewiesen hat, in denen sich bei ungewöhnlich später Infektion auch eine ungewöhnlich späte Tabes entwickelt. Über ätiologische Verhältnisse bei der tabischen Patientin läßt sich Sicheres nicht eruieren. (Eigenbericht.)

Kölpin-Bonn: Trauma und Paralyse.

Meine Herren! Das Thema, über das ich Ihnen hier zufolge eines in der letzten Sitzung dieses Vereins gefaßten Beschlusses die Ehre habe ein Referat zu erstatten, lautet: Trauma und Paralyse. Aufgabe dieses Vortrages wird es also sein, festzustellen, ob irgendwelche Beziehungen zwischen Traumen — in erster Linie kommen dabei selbstverständlich Kopftraumen, seien diese nun direkter oder indirekter Art, in Betracht — und der Paralyse bestehen, und wenn dies der Fall sein sollte, welcher Art diese Beziehungen sind.

Als ich dies Referat übernahm, meine Herren, war ich mir vollkommen klar darüber, daß ich kaum in der Lage sein würde, wichtige neue Gesichtspunkte aufstellen zu können. Die einschlägigen Fragen sind ja, namentlich in den letzten zwei Dezennien, von einer großen Anzahl von Autoren mehr oder minder eingehend besprochen worden. Das Interesse an diesem Gegenstande wurde besonders auch dadurch wachgehalten, daß ja die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Traumen und Paralyse eng verknüpft ist mit der Frage der Ätiologie der Paralyse überhaupt. Es würde mich viel zu weit vom Thema abführen und hieße in einer Versammlung von Fachgenossen auch wohl Eulen nach Athen tragen, wenn ich auf diese letztere Frage hier des näheren eingehen wollte. Mit wenigen Ausnahmen sind wir deutschen Irrenärzte heute wohl alle überzeugt von der überaus wichtigen, ja dominierenden Rolle, die der Lues in der Pathogenese der Paralyse zukommt. Es ist Ihnen ja auch bekannt, daß eine ganze Anzahl namhafter Autoren soweit geht, daß sie annehmen, daß jeder Paralyse eine luische Infektion vorangegangen sein müsse. Auf diesem Standpunkt stand *Wernicke*, auf diesem Standpunkte steht heute noch *Kraepelin*. Es ist nun klar, daß, wer sich dieser Meinung anschließt, in dem Trauma nur ein auxiliäres Moment erblicken kann und einen direkten Zusammenhang zwischen Paralyse und Trauma ablehnen muß. Dann hätte es auch keinen Zweck, weiter in die Diskussion dieser Frage einzutreten. Wenn aber von unserem Verein trotzdem das zur Besprechung stehende Thema auf die Tagesordnung gesetzt wurde, so darf daraus wohl der Schluß gezogen werden, daß von der Mehrzahl der in der vorigen Sitzung anwesenden Fachgenossen jener extreme Standpunkt in der Lues-Paralysefrage nicht geteilt wurde. Ich glaube auch heute nicht fehlzugehen, wenn ich annehme, daß die außerordentlich vorsichtige Art, in der *Wollenberg* in dem von *Binswanger* und *Siemerling* herausgegebenen Lehrbuche den bisher bekannten Tatsachen Rechnung zu tragen versucht, den meisten von Ihnen

ymphatischer sein wird. *Wollenberg* äußert sich dahin, daß „in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Paralyse eine postsyphilitische Erkrankung sei. daß indes zu ihrer Hervorrufung noch andere Schädlichkeiten notwendig, von denen wir bis jetzt nicht mit Bestimmtheit sagen könnten, daß sie nicht auch allein unter Umständen den paralytischen Prozeß erzeugen könnten.“ Zu diesen „anderen Schädlichkeiten“ würden dann auch die Kopfverletzungen gehören.

Die Frage nach der Existenz einer traumatischen Paralyse ist, wie esagt, schon häufig erörtert worden. Verfolgt man die Literatur der letzten 10 Jahre, so muß es einem sofort auffallen, daß die anfangs recht häufig diagnostizierten traumatischen Paralysen allmählich immer seltener werden. Wenn noch 1887 *Hartmann* von den sog. sekundären traumatischen Psychosen allgemein sagen konnte, daß sie in Demenz oder Paralyse übergehen, so ist man heute wohl etwas anderer Meinung. Als *Mendel* vor zwei Jahren über das gleiche Thema einen Vortrag hielt, gab er zwar die Existenz einer traumatischen Paralyse ausdrücklich zu, bejahte also die Möglichkeit eines direkten kausologischen Zusammenhanges zwischen Trauma und Paralyse, betonte aber, daß dies außerordentlich seltene Fälle seien, und daß unter Tausenden von Paralytikern vielleicht ein einziger solcher Fall zur Beobachtung komme. Über dieses seltene Vorkommen herrschte auch in der folgenden Diskussion durchaus Übereinstimmung. — Woraus erklärt sich nun eine solche Wandlung der Anschauungen? Diese Frage ist dahin zu beantworten, daß man einmal sich daran gewöhnt hat, bei der Anamnese der Paralytiker mehr wie früher nach einer syphilitischen Infektion zu fahnden, sowie ferner, daß man gelernt hat, eine Reihe paralyseähnlicher Krankheitsbilder von der rechten Paralyse zu unterscheiden.

M. H.! Wenn wir heute nach einer Kopfverletzung ein dem paralytischen gleichendes Krankheitsbild sich entwickeln sehen, so dürfen wir nur mit aller Reserve an die Beurteilung des Falles herantreten. Zunächst muß mit der größten Vorsicht — insbesondere dann, wenn es sich um Unfallverletzte handelt — eine umfassende Anamnese erhoben werden. In einer ganzen Reihe von Fällen werden wir dann feststellen können, daß die Paralyse schon vor dem Unfall bestanden hat, daß vielleicht schon Jahre vorher sich eine zunehmende Stumpfheit oder Veränderung des Charakters bemerkbar gemacht hatte. Bisweilen werden wir sogar in der Lage sein, nachweisen zu können, daß die Verletzung selber bereits die Folge einer durch die Paralyse bedingten Unsicherheit der Bewegungen oder eines paralytischen Anfalls war, oder daß sie zurückzuführen war auf ein durch die paralytische Euphorie bedingtes Außerachtlassen der einfachsten Vorsichtsmaßregeln. Außerdem werden wir natürlich nach einer etwa vorausgegangenen luischen Infektion fahnden: wir werden Erkundigungen einziehen, ob die Frau Frühgeburten gehabt hat, ob bei den Kindern Zeichen hereditärer Lues vorhanden, und was dergleichen Dinge mehr sind.

Wenn nun aber nach allen diesen angedeuteten Richtungen hin angestellten Recherchen einen negativen Erfolg haben, so muß unsere nächste Aufgabe sein, den klinischen Symptomenkomplex, der uns in dem gegebenen Krankheitsbilde gegenübertritt, genau zu untersuchen und Grund dieser Analyse eine möglichst exakte Differentialdiagnose stellen. Bei diesem Bestreben müssen wir von der Erfahrungstatsache ausgehen, daß die Paralyse eine progrediente Erkrankung ist, die durchschnittlich in zwei bis vier Jahren zum Tode führt, und die gekennzeichnet ist durch eine stetig zunehmende und bei genügender Dauer der Erkrankung zu totaler Blödsinn führende psychische Schwäche und daneben auf körperlichem Gebiet durch eine Reihe eigentümlicher nervöser Reiz- resp. Lähmungserscheinungen. In Fällen nun, die sich in der einen oder anderen Hinsicht nicht in dieses Schema fügen, werden wir von vornherein schon skeptisch gegenüber stehen. Als Beispiel ist z. B. der Fall, wenn die Erkrankung schon lange Jahre, oder Jahrzehnte besteht, ohne eigentlich progredient zu sein, oder wenn alle körperlichen Symptome fehlen. Am häufigsten geben die nach Kopfverletzungen nicht gar so selten zur Beobachtung gelangenden sog. posttraumatischen Demenzen zu der Fehldiagnose einer traumatischen Paralyse Veranlassung. Diese posttraumatischen Demenzen sind ja charakterisiert durch einen bald mehr bald weniger ausgeprägten Schwachsinn, der sich äußert in einer apathischen, indolenten Wesen, einer allgemeinen Herabsetzung und Erschöpfung der psychischen Leistungen, sowie in Gedächtnisstörungen, und vorwiegend Störungen der Merkfähigkeit. Daneben bestehen in einer großen Anzahl von Fällen die Zeichen einer traumatischen Neurose, die hypochondrische Stimmung, insbesondere auch die sich vornehmlich in einer großen Reizbarkeit äußernde Charakterveränderung des Kopftraumatikers. Der traumatische Schwachsinn, der sich akut oder chronisch entwickeln kann, erreicht in reinen Fällen jedenfalls früher oder später ein Stadium, wo der Krankheitsprozeß nicht weiter fortschreitet, ein bleibender Defektzustand besteht. Nie kommt es beim traumatischen Schwachsinn zu jenem Stadium terminalen Blödsinns mit Zerfall der ganzen Persönlichkeit wie bei der Paralyse. Auch ein sehr dementer Traumatiker pflegt in seinem ganzen Benehmen, in seinem ganzen Wesen sich anders zu geben wie der Paralytiker; es fehlt ihm die stumpfe Euphorie, das laxe Sichgehenlassen des letzteren; er ist geordnet in seinem Verhalten, sauberer in Kleidung und Manieren. Bietet demnach schon das psychische Verhalten des Kranken eine ganze Reihe von Anhaltspunkten zur Unterscheidung beider Erkrankungen, so ist dies noch mehr der Fall, wenn die Resultate der körperlichen Untersuchung mit berücksichtigt werden. Hier ist zu beachten, daß gesteigerte Sehnenreflexe sowohl bei der traumatischen Demenz wie bei der Paralyse vorkommen; gehen dieselben indessen Hand in Hand mit anderweitigen Symptomen einer Seitenstrangerkrankung, Spasmen, Babinskischem Phänomen, so liegt mit aller Wahrscheinlichkeit eine Paralyse vor. Der Nachweis von Symptomen einer Hinterstrangerkrankung spricht natürlich ebenfalls für das Vorhandensein einer Paralyse, desgleichen

isches Silbenstolpern: Ungleichheiten in der Fazialisinnervation sowie Lähmungen der Mundwinkel können bei beiden Erkrankungen vorkommen. Wichtigste, weil häufigste paralytische Lähmungserscheinung, Veränderung der Lichtreaktion der Pupillen, läßt uns indes bei der Differentialdiagnose gegenüber der traumatischen Demenz im Stich: wenngleich es als Regel zu nehmen hat, daß bei der letzteren die Pupillen gut reagieren, so mehren sich doch in der letzten Zeit sicher beobachtete Fälle von Kopfverletzung, in denen die Pupillenreaktion deutlich träge und — in allerdings sehr vereinzelten Fällen — sogar erloschen war. Schließlich würde auch noch das Ergebnis der Lumbalpunktion in Betracht zu ziehen sein: vermehrter Eiweißgehalt im Liquor cerebrospinalis, Hyperlymphocytose sprechen, wenn auch nicht unbedingt für Paralyse, doch mindestens für eine vorausgegangene bakterielle Infektion.

Wenngleich wir bei Berücksichtigung aller dieser Momente in der Mehrheit der Fälle in der Lage sein werden, sehr bald eine sichere Differentialdiagnose zwischen traumatischer Demenz und Paralyse zu stellen, so werden eigentlich dennoch Fälle übrig bleiben, wo uns dies nicht möglich sein wird: namentlich wird es sich dann um Fälle handeln, wo Pupillenstarre und -trägheit, eventuell auch noch gesteigerte Sehnenreflexe bestehen. Hier wird oft erst die fortgesetzte, nötigenfalls über eine Reihe von Jahren sich erstreckende Beobachtung Klarheit verschaffen können. Fehlt eine Progredienz des Prozesses, so handelt es sich mit Wahrscheinlichkeit um eine traumatische Demenz. Man kann nur sagen: mit Wahrscheinlichkeit. Denn es gibt ja bekanntlich auch Fälle sog. stationärer Paralyse, die in ihrem Wesen allerdings noch nicht vollkommen aufgeklärt und zum Glück nicht allzu häufig sind.

Wenn der Krankheitsprozeß bis zu einem terminalen Blödsinn fortgeschritten ist, werden wir also nach dem Gesagten eine traumatische Demenz, wenigstens eine solche reiner Art, nicht annehmen dürfen. Andererseits kommt aber dann auch durchaus nicht immer eine Paralyse vorzuliegen. Die Progredienz des Krankheitsverlaufs kann auch dadurch bedingt sein, daß der ihr zugrunde liegende Prozeß ins Gebiet der Arteriosklerose gehört. Es ist ja eine bekannte Tatsache, daß durch Kopfverletzungen eine arteriosklerotische Degeneration der Hirngefäße erheblich beschleunigt resp. verschlimmert werden kann. Bei der Diagnose haben wir hier zu achten auf das Alter des Kranken, auf etwaige Rigidity der peripheren Arterien, auf das Verhalten des Herzens, das Vorhandensein von Albumen im Urin. Eine arteriosklerotische Erkrankung spricht ferner für den Verlauf in Schüben und für passagere Lähmungserscheinungen. In psychischer Hinsicht finden wir bei Arteriosklerose häufig eine sehr ausgeprägte Ermüdbarkeit und Erschwerung des Gedankenablaufs; auffallend ist, wie *Alzheimer* hervorhebt, die Leerheit des gemüthlichen Gebietes; meist ist Krankheitseinsicht vorhanden.

Neben der traumatischen und arteriosklerotischen Demenz kann gelegentlich auch eine alkoholische in Frage kommen, Daß hier die Differentialdiagnose gegenüber der Paralyse sehr schwierig sein kann, ist ja bekannt. Betrachtet man zu ziehen vor allen Dingen die Anamnese und die Besserung

der Symptome bei Durchführung der Abstinenz. Das Vorhandensein von Lähmungserscheinungen ist nicht ausschlaggebend; wir wissen ja, daß dieselben, insbesondere auch Pupillenstarre, auch bei chronischen Alkoholisten bisweilen zu konstatieren sind. — Erwähnung verdient auch noch die Tatsache, daß nach Kopfverletzungen ein dem *Korsakowschen* Symptomenkomplex gleichendes Krankheitsbild von *Kalberlah* als akute Kommotionspsychosen beschrieben worden ist; diese Fälle sind indes wohl nur recht selten: es läßt sich aber denken, daß sie gelegentlich bei mangelhafter Anamnese der Diagnose Schwierigkeiten bereiten können.

Gehen wir nun einmal die in der Literatur als traumatische Paralyse beschriebenen Fälle nach den eben besprochenen Gesichtspunkten durch: so werden wir ohne weiteres die größte Anzahl derselben als nur paralyseähnliche Krankheitsbilder ausschalten können. Von den übrigbleibenden wird ein kleiner Teil als zweifelhafte Fälle bezeichnet werden müssen, der Rest schließlich wird nach Symptomatologie und Verlauf durchaus dem klinischen Bilde der Paralyse entsprechen. Bei den zweifelhaften Fällen wird bisweilen wohl noch eine längere Beobachtung des Krankheitsbildes klären; der Rest aber wird erst post mortem mit Sicherheit diagnostiziert werden können.

Wie aber haben wir uns der letzten Kategorie von Fällen gegenüber zu verhalten, nämlich denen, wo eine dem klinischen Bilde nach einwandfrei Paralyse sich im Anschluß an ein Trauma entwickelt hat? In dieser Frage, meine Herren, hat die pathologische Anatomie das letzte Wort zu reden.

Meine Herren! Unsere Kenntnisse von dem Wesen der Paralyse sind heute so weit gediehen, daß wir mit aller Wahrscheinlichkeit sagen können, daß die Paralyse nicht nur eine klinische, sondern auch eine pathologisch-anatomische Einheit darstellt. Wir wissen heute, namentlich dank den Arbeiten von *Nissl* und *Alzheimer*, daß wir in den Gehirnen von Paralytikern immer denselben wiederkehrenden Befund erheben können. Die mikroskopische Untersuchung lehrt uns, daß die Paralyse aufzufassen ist als eine diffuse Erkrankung des Zentralnervensystems, insbesondere der Hirnrinde, und daß diese Erkrankung sich kennzeichnet durch das Nebeneinanderhergehen eigenartiger degenerativer und entzündlicher Erscheinungen. Diese Dinge sind natürlich bei der Beantwortung der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Trauma und Paralyse von ausschlaggebender Bedeutung. Wir werden also die Frage jetzt so stellen müssen: Können durch Kopfverletzungen in der Hirnrinde Veränderungen erzeugt werden, die den paralytischen entsprechen? Diese Frage, meine Herren, müssen wir verneinen. Die Fälle von Demenzen nach Kopfverletzungen, die bisher anatomisch untersucht sind, zeigen uns ganz andere Bilder. Soweit es sich nicht um Gefäßveränderungen handelte, die den arteriosklerotischen zum mindesten außerordentlich nahe standen, fanden sich massenhafte kleine Blutungen oder Residuen von solchen. Köppen konnte in mehreren Fällen

war vereinzelte kleine Narben an gewissen Prädilektionsstellen in der Hirnrinde finden und sprach deshalb die Vermutung aus, daß durch diese Narben hervorgerufene Zirkulationsstörungen die Grundlage der psychischen Erscheinungen bildeten. Obgleich die Zahl der verwertbaren positiven Befunde bei traumatischen Verblödfungsfällen noch recht gering ist, so können wir doch wohl heute schon sagen, daß auch die Zukunft uns keine Fälle bringen wird, in denen ein Trauma die typischen paralytischen Veränderungen hervor gebracht hat. Wenn *Mendel* in seinem oben erwähnten Vortrage der Ansicht Raum gab, daß die Paralyse in der Hauptsache ein interstitieller Entzündungsprozeß sei, daß aber auch an anderen Organen durch Traumen Entzündungen hervorgerufen werden könnten, und wenn er als Beispiel hierfür die Pleuritis anführt, so bringt er hier doch wohl Dinge zusammen, die tatsächlich miteinander nicht verglichen werden können. Außerdem ist das Wesentliche an der paralytischen Erkrankung nach *Alzheimers* Untersuchungen in der Schädigung und dem Untergang des Parenchyms, nicht in den entzündlichen Erscheinungen am Gefäßapparate zu suchen. Das Gesamtbild des pathologischen Befundes bei der Paralyse weist uns eben durchaus darauf hin, daß wir in dieser Erkrankung den Ausdruck einer Intoxikation zu sehen haben. Auch die Befunde von krankhaften Veränderungen an den übrigen Körperorganen, auf Grund deren die Ansicht, daß wir es bei der Paralyse mit einer Allgemeinerkrankung des Organismus zu tun haben, bei der allerdings die Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems in den Vordergrund treten, in der jüngsten Zeit sehr an Boden gewinnt, sprechen ja für die Annahme einer toxischen Entstehung der Paralyse.

Außer der Art des pathologischen Prozesses spricht auch seine Ausbreitung gegen die Möglichkeit einer traumatischen Entstehung. Wie *Alzheimer* ausführt, sind für die Ausbreitung des paralytischen Prozesses zweifellos nervöse Anordnungen von Bedeutung, d. h. die Krankheit geht Wege, die durch die Eigenartigkeit des nervösen Gewebes bedingt werden. So sehen wir meist das Stirnhirn besonders stark erkrankt, die Zentralwindungen und besonders die Hinterhauptslappen verhältnismäßig nur wenig verändert. Wie sollte nun wohl ein Trauma derartig elektiv wirken können? Das ist doch wohl im höchsten Grade unwahrscheinlich.

In Erwägung aller dieser Tatsachen, meine Herren, dürfen wir wohl den Schluß ziehen, daß, wenn sich im Anschluß an eine Kopfverletzung ein Krankheitsbild entwickelt hat, das sowohl klinisch wie anatomisch der Paralyse entspricht, wir trotz des zeitlichen Zusammenhangs nicht berechtigt sind, das Trauma hier als direkten ätiologischen Faktor aufzufassen; mit anderen Worten: es gibt keine echte traumatische Paralyse.

Aus denselben pathologisch-anatomischen Gründen muß auch die Ansicht mancher Autoren, nach der bei erblich Belasteten oder bei Alkoholikern ein Kopftrauma eine echte Paralyse hervorrufen kann, abgelehnt werden.

Nachdem wir also eine direkte ätiologische Beziehung zwischen Verletzung und Paralyse haben zurückweisen müssen, fragt es sich weiter, ob

wir nicht Beziehungen indirekter Natur zwischen beiden annehmen haben. Auf Grund unserer klinischen Erfahrungen ist diese Frage mit großer Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Zu dieser Behauptung berechtigt uns die Beobachtung, daß einmal eine schon vorher bestehende Paralyse durch die Verletzung in ihrem Verlaufe eine wesentliche Beschleunigung resp. Verschlimmerung erfahren kann; in manchen Fällen wird durch eine solche Verschlimmerung die vorher latente Paralyse vielleicht überhaupt erst manifest werden. Sodann werden wir in Fällen, wo bei vorher nicht nachweisbaren kranken Individuen im unmittelbaren Anschluß an die Verletzung die ersten Symptome der Paralyse sich eingestellt haben, nicht umhin können, anzunehmen, daß hier das Trauma als auslösendes Moment der Erkrankung anzusehen ist. Schließlich liegt auch noch die Möglichkeit vor, daß das Trauma eine gewisse, sich in einer allgemeinen Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit äußernde Prädisposition des Gehirns schafft, auf Grund deren das die Paralyse hervorrufende Toxin später in den Stand gesetzt wird, in dem so veränderten Gehirn einen geeigneten Angriffspunkt zu finden. Daß wir uns bei der Annahme dieser letzteren Möglichkeit natürlich nur auf rein hypothetischen Boden bewegen und daß genügende Beweise dafür wohl kaum je werden erbracht werden können, brauche ich wohl nicht besonders zu betonen.

Ganz kurz möchte ich dann noch das Verhältnis von peripheren Traumen zur Paralyse streifen. Hier können natürlich erst recht höchsten indirekte Beziehungen in Frage kommen. Es wäre ja schließlich denkbar, daß durch den psychischen Choc und die mit ihm wahrscheinlich einhergehenden abnorm großen Blutdruckschwankungen hier das vereinigende Glied dargestellt würde. Die mitunter noch anzutreffende Ansicht, daß die Paralyse etwa durch eine Art aufsteigender Neuritis entstehen könne, ist nicht haltbar.

Zum Schlusse, meine Herren, möchte ich dann noch kurz eine praktische Frage berühren, nämlich die, wie wir uns in der Unfallpraxis zu dem Kapitel Trauma und Paralyse zu stellen haben. Wenn die Diagnose der Paralyse nicht ganz sicher steht, wenn es sich möglicherweise doch um eine traumatische Demenz handelt, wird man die letztere Möglichkeit natürlich zugunsten des Verletzten gebührend hervorheben. Aber auch in den Fällen, wo wir eine sichere Paralyse vor uns haben, und also einen direkten ätiologischen Zusammenhang zwischen der Krankheit und dem Unfall ablehnen müssen, besteht die Entschädigungspflicht gegenüber dem Verletzten zu Recht, falls wir in der Lage sind, eine indirekte Beziehung zwischen Unfall und Paralyse für vorliegend zu erachten. Denn es ist ja nach dem Sinne des Unfallversicherungsgesetzes zu einem begründeten Anspruch auf Entschädigung nicht erforderlich, daß die Verletzung die alleinige Ursache der Erwerbsunfähigkeit bildet, sondern es genügt, wenn sie nur eine von mehreren dazu mitwirkenden Ursachen ist und als solche ins Gewicht fällt. Der Anspruch bleibt auch dann bestehen, wenn durch ein schon vorhandenes Leiden die Folgen der Verletzung in

erhöhtem Maße schädigend wirken oder den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit bzw. des Todes beschleunigt haben. Diese Eventualitäten würden also den indirekten Beziehungen, die wir vorher zwischen Trauma und Paralyse festgestellt haben, entsprechen. Nun ist es aber mit dem Konstatieren und Bewerten einer solchen indirekten Beziehung oft eine mißliche Sache. Wenn wir, wie das auch von *Mendel* betont wird, sehen, wie in unserer Beobachtung befindliche Paralytiker nicht gar so selten ziemlich schwere Kopfverletzungen erleiden, ohne daß irgend ein sichtbarer Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung daraus resultiert, so muß uns dieser Umstand zur Vorsicht mahnen, ehe wir einen Zusammenhang zwischen Unfall und Paralyse annehmen. Wir müssen zum mindesten nachweisen können, daß der Unfall seiner Art nach ein nicht ganz unerheblicher war, und vor allen Dingen, daß sich die ersten Symptome der Erkrankung resp. die Verschlimmerung des Befindens unmittelbar oder doch sehr bald nach der Verletzung bemerkbar gemacht haben. In allen andern Fällen werden wir zwar nicht die Möglichkeit eines Zusammenhangs direkt in Abrede stellen können, aber ob wir einen solchen Zusammenhang als wahrscheinlich annehmen können, wie dies nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes verlangt wird, das ist eine andere Frage. Dem subjektiven Ermessen wird hier stets ein großer Spielraum bleiben. Wenngleich es durchaus im Sinne des Gesetzgebers liegt, daß der Grundsatz in dubio pro aegroto zur Anwendung kommt, so dürfen wir bei allem Mitleid mit der eventuell schwer betroffenen Familie des Kranken doch nicht vergessen, daß wir als Ärzte unser Gutachten unparteiisch abzugeben haben, und wir werden dort, wo nach der Art des Unfalls und dem Verlauf der Erkrankung die oben postulierten Bedingungen nicht erfüllt scheinen, uns der größten Reserve befleißigen müssen.

Zum Schlusse des Referats möchte ich dann in Wiederholung des hauptsächlichlichen Inhalts des Gesagten folgende Thesen aufstellen:

1. Es können nach Kopfverletzungen verschiedene paralyseähnliche Krankheitsbilder zur Entstehung kommen, die zu den traumatischen, arteriosklerotischen, eventuell auch alkoholistischen Demenzen oder Mischformen derselben zu rechnen sind.

2. Eine echte Paralyse als direkte Folge einer Kopfverletzung gibt es nicht.

3. Die Möglichkeit eines indirekten Zusammenhangs zwischen Trauma und Paralyse besteht insofern, als durch das Trauma die Paralyse ausgelöst werden oder eine bereits bestehende Paralyse verschlimmert werden kann.

4. Zu einem begründeten Anspruch auf Unfallentschädigung ist erforderlich, daß der Unfall seiner Art nach als ein nicht ganz unerheblicher zu betrachten ist, und besonders, daß das Auftreten der paralytischen Symptome resp. die Verschlimmerung des Leidens in einem zeitlich ziemlich eng umgrenzten Zusammenhang mit dem Unfall stehen.

Sie sehen, meine Herren, daß ich wesentlich neue Gesichtspunkte zu unserem Thema nicht habe beibringen können. Andererseits aber werden Sie

mir wohl darin beipflichten, daß wir heute dank einer subtileren Diagnostik und dank den Fortschritten der mikroskopischen Anatomie derartigen Fragen wie die hier behandelte, viel besser gerüstet gegenüber zu treten in der Lage sind, wie früher.

Diskussion: *Fr. Schultze* glaubt, daß dasselbe, was *Kölpin* eben von Paralyse und Trauma gesagt, auch für Tabes und Trauma gilt, vielleicht mit einigen seltenen Ausnahmen. *Hitzig* hat früher einmal alle bekannt gewordenen Fälle von angeblicher traumatischer Tabes zusammengestellt und revidiert und sich bei einigen wenigen Fällen für traumatische Tabes erklären zu müssen geglaubt. *Sch.* hat damals sich auch nicht davon überzeugen können, daß der Beweis damit geliefert sei, daß Trauma Tabes hervorrufen kann. Die Ansicht von *v. Leyden*, daß durch eine periphere Verletzung auf dem Wege der aufsteigenden Neuritis Tabes entsteht, hält *Sch.* für nicht bewiesen. Nicht von der Hand zu weisen ist, daß tabesartige Erscheinungen entstehen, wenn dauernde Erschütterungen das Rückenmark treffen, wie *Hoffmann* in einem Fall geschildert hat, wo der Betreffende lange Zeit auf einem zitterigen Boden gearbeitet hatte. *Fürstner* hat durch fortgesetzte Umdrehungen bei Tieren experimentell paralyseartige Erscheinungen hervorgerufen, — analog könnte man sich vorstellen, daß somit auch tabesartige Veränderungen hervorgerufen werden können, — doch müssen darüber noch anatomische Untersuchungen angestellt werden. — Es wird jetzt Sache der Spirochäten sein, Klarheit in die vorliegende Frage zu bringen. Freilich ist sehr unwahrscheinlich, daß dieselbe in der Cerebrospinalflüssigkeit so zahlreich auftritt, daß sie in der Punktionsflüssigkeit gefunden werden müßte. Es ist auch denkbar, daß dieselbe irgend wo anders sitzt, etwa in Drüsen, und ihr Gift nur ab und zu in die Cerebrospinalflüssigkeit entleert. — *Sch.* ist auch der Ansicht, daß es sich wie bei der Paralyse auch bei der Tabes um toxische Einflüsse handelt. Als bloße Folge von Überanstrengung kann sie ebensowenig wie die *Friedreichs*che Krankheit angesehen werden. Das Trauma ist eine Hilfsursache, die beschleunigend auf den Verlauf und auch lokal modifizierend wirken kann, — eine andere Wirkung hat das Trauma nicht.

Aschaffenburg macht seine Bedenken dagegen geltend, daß *Kölpin* ein schweres Trauma verlangt, um den Anspruch auf eine Unfallrente zu begründen. Viele Erfahrungen sprechen dafür, daß schon geringfügige Traumen starke, auch anatomisch nachweisbare Veränderungen hervorrufen können. Sogar schon nach lebhafter Aufregung sind in vereinzelten Fällen epileptische Zustände eingetreten, die zu schneller Verblödung führten, also wohl auch sicher anatomische Veränderungen hervorgerufen hatten. Dasselbe kann man erleben nach Kopftraumen anscheinend geringfügiger Art, eine rasch fortschreitende Demenz nach scheinbar wenig ernstesten Einflüssen von außen. Wie die arteriosklerotischen Veränderungen, die meist gefunden werden, entstehen, wissen wir noch nicht. *A.* glaubt, daß auch ein geringfügiges Trauma, vorausgesetzt daß es mit Bestimmtheit nachgewiesen ist, und daß

die Krankheit in irgendwelchem zeitlichen Verhältnis zu diesem Trauma steht, reügt, um den Anspruch auf eine Unfallrente zu begründen.

Westphal bemerkt, daß aus dem Vorgetragenen soviel mit Sicherheit hervorgeht, daß wir zurzeit außer der Syphilis keine Ursache der Tabes oder Paralyse kennen. Er möchte auf die Beziehungen der Syphilis zu diesen Erkrankungen des Nervensystems an dieser Stelle nicht weiter eingehen, nur auf einen Punkt hinweisen, der ihm vielfach nicht genügend gewürdigt zu werden scheint, in unserem „bakteriologischen Zeitalter“ aber von ganz besonderem Interesse ist, nämlich die Tatsache, daß Tabes und Paralyse so häufig bei Individuen entstehen, die sich an derselben Quelle infiziert haben. Er weist auf die relative Häufigkeit dieser Krankheiten bei Eheleuten hin, auf die wichtigen Befunde von *Brosius* (unter fünf zu gleicher Zeit und aus derselben Quelle infizierten Männern waren nach zwölf Jahren bereits vier tabisch oder paralytisch), auf die Erfahrungen *Erbs*, *Nonnes* u. a. — *Westphal* möchte sich durchaus der Ansicht *Erbs*¹⁾ anschließen, der betont, daß diese Fälle uns die Annahme einer dem Nervensystem besonders gefährlichen Form der Syphilis, einer Syphilis à virus nerveux, geradezu aufzwingen.

Von größter Wichtigkeit für die weitere ätiologische Erforschung der Tabes und Paralyse wird es sein, diesen Fällen künftig eine ganz besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Brandis macht darauf aufmerksam, daß Tabes durch zweckentsprechende Kur oft schwindet oder doch sich bessert, Paralyse fast nie.

Köpin erwidert *Brandis*, daß die Paralyse nicht die direkte Folge der Laes ist, dazwischen treten noch die Toxine. Die Paralyse ist eine post-syphilitische Erkrankung. Gegen *Aschaffenburg* beharrt *K.* auf seinem Standpunkt, daß man in der Regel nur schwerere Traumen verantwortlich machen soll. In allen Fällen muß der Nachweis geliefert werden, daß das Trauma geeignet war, das Gehirn als Ganzes gehörig zu erschüttern.

Schirbach-Bonn: Über Proponal.

Die bei 43 Kranken angestellten Versuche zeigen, daß das Proponal bei einfacher Schlaflosigkeit und selbst bei leichterer Unruhe in Dosen von 0,3–0,5 als gut wirkendes, unschädliches Schlafmittel empfohlen werden kann. Auch bei stärkeren Erregungszuständen haben sich Dosen bis zu 0,8 in einigen Fällen noch als wirksam erwiesen. Einer Einführung in weitere Kreise, besonders in größere Anstaltsbetriebe, ist vorläufig noch der sehr hohe Preis hinderlich.

(Der Vortrag erscheint in extenso in der Deutschen medizinischen Wochenschrift.)

¹⁾ Syphilis und Tabes. Berliner klinische Wochenschrift, 1901, Nr. 1 bis 4.

Mohr-Coblentz: „Über Zeichnungen von Geisteskranken und ihre diagnostische Verwertbarkeit.“

Auffallenderweise haben bisher die Zeichnungen von Geisteskranken wenn sie auch jedem schon aufgefallen sind, nicht die ihnen gebührende Beachtung gefunden; zwar existieren einige Angaben darüber in verschiedenen Schriften, aber nirgends findet man eine genauere psychologische Analyse. Verf. ging nun von der Überzeugung aus, daß erst eine eingehendere Untersuchung dieser Produkte ihre Verwertung für die allgemeine Psychopathologie und für die Diagnose ermögliche (ebenso, wie das ja auch früher mit der Schrift der Geisteskranken der Fall gewesen ist). Bestärkt wurde er in dieser Ansicht durch die Tatsachen, die in den letzten Jahren über die Zeichnungen von Kindern veröffentlicht worden sind: aus ihnen ergibt sich, daß ganz bestimmte Gesetzmäßigkeiten zwischen psychischem Gesamtzustand und der Art des Zeichnens bestehen. Die Schwierigkeiten der Verwertung der Zeichnungen (größere oder geringere Veranlagung und Technik, vor allem aber Vieldeutigkeit aller Ausdrucksbewegungen und die Art der Auffassung bzw. Ausschmückung des Gezeichneten) sind freilich nicht gering. Eben deshalb ist eine genaue Analyse der beim Zeichnen tätigen psychophysischen Funktionen durchaus notwendig. Nachdem diese kurz besprochen und betont worden ist, daß Störungen in ihnen an den verschiedensten Punkten einsetzen können, macht der Verf. Vorschläge für die möglichst exakte Untersuchung des Zeichnens, wobei Nachzeichnen, Zeichnen nach der Natur, Zeichnen „aus dem Kopf“, Prüfung des Bilderverständnisses, Verwertung der Bilder als „Reize“ (im Sinne der Assoziationsversuche mit Reizworten) u. a. m. in Betracht zu ziehen wären. Sodann wird an einer größeren Zahl von primitiven und komplizierten zeichnerischen Leistungen im einzelnen gezeigt, was sich auf diesem Wege herausfinden läßt. Einfachste Zeichnungen nach Vorlage gestatten z. B. einen tiefen Einblick in die Art und den Verlauf der Willensimpulse bzw. ihrer motorischen Effekte bei katatonischen Zuständen oder in die erschwerte Auffassung und die Neigung zur Perseveration bei Epileptikern nach einem Anfall oder in die Neigung des Manischen, an optische Eindrücke andere optische Erinnerungselemente zu fügen. Akute Verwirrtheit, Manie, Depression, Hebephrenie, Katatonie, Epilepsie zeigen also schon bei solchen ganz einfachen und fast überall möglichen Zeichnungen nach Vorlage charakteristische Merkmale. Hat man an der Hand solcher einfacheren Reaktionen die primitiveren Störungen aufgedeckt, so gelingt es nicht selten, die Spontanzeichnungen der Kranken besser zu deuten, zu verstehen und zu verwenden. Auch dafür werden zahlreiche Beispiele vorgeführt. Zum Schlusse kommt der Redner zu folgendem Resultat: Wenn man unter den nötigen Kautelen an die Verwertung der Zeichnungen herangeht, so gestatten sie uns eine Reihe für die allgemeine Psychiatrie und auch für die Diagnose wertvoller Schlüsse. Das Nachzeichnen verdeutlicht uns z. B. den Unterschied zwischen Willenshemmung und Willenssperrung und hilft so r. U. die Differentialdiagnose erleichtern, namentlich, wenn die Kranken mit anderen Äuße-

ungen sehr spärlich sind; die Zeichnungen von Halluzinationen können uns manchmal deren Art und Inhalt klarer machen, andere Zeichnungen (spontan oder auf Aufforderung) können zur Aufdeckung von Wahnideen, zur Enttüllung der Gemütsverfassung, zur Auslösung von Illusionen und Halluzinationen führen, die Inkongruenz zwischen Wollen und Können zur Feststellung von Schwachsinn und Größenwahn, die zusammenhangslose Aneinanderreihung von Erinnerungsbildern macht die Dissoziation im Vorstellungsleben und die zwischen Thymo- und Noopsyche anschaulich klar. Endlich führt uns die Betrachtung der Zeichnungen von Geisteskranken in eine Anzahl wichtiger Fragen hinein: Stellen manche Kranke überhaupt ganz anders vor als die Gesunden? Können wir nicht gerade die Zeichnungen als eines der sehr wenigen Mittel benutzen, uns von der Art des Anschauungslebens der Kranken ein klareres Bild zu machen? Bestehen deutliche Parallelen zwischen Kinder- und Idiotenzeichnungen derart, daß in den letzteren sich auch bestimmte, gesetzmäßige Stufen je nach dem Grade der geistigen Minderwertigkeit festhalten lassen? u. a. m.

Der Einwand, daß man durch die Zeichnungen nur schon auf anderen Wegen aufgedeckte oder aufzudeckende Symptome feststellen könne, ist nicht stichhaltig; abgesehen davon ist die Erforschung dieser Seite der Ausdrucksbewegungen und ihrer Parallelen mit anderen Äußerungsformen an sich psychologisch interessant und wertvoll. Als objektives und dauerndes Dokument gegenüber der allen Krankenbeschreibungen anhaftenden Subjektivität haben diese Produkte übrigens auch einen nicht geringen klinischen und eventuell auch forensischen Wert.

Der Vortrag wird ausführlich veröffentlicht werden. Eigenbericht.

Diskussion: *Aschaffenburg* hält es für angebracht, jedes objektive Symptom zu benutzen, um sich ein Urteil über die Psyche des Kranken zu bilden. Er hat selbst schon aus Zeichnungen von Kranken allerlei diagnostizieren können, z. B. Wahnideen, über welche der betreffende Kranke bisher ängstlich jede Auskunft verweigert hatte. In einem anderen Fall hat er im Hinblick auf die auffallend große Pedanterie in den Zeichnungen eines Kranken die später auch bestätigte Diagnose auf Epilepsie stellen können. *A.* stellt die Frage, ob *Mohr* durch Studium von Malereien in dem einen oder anderen Fall schon zu der Einsicht gekommen ist, daß der betreffende Maler geisteskrank war. *A.* denkt dabei z. B. an einen bekannten flämischen Maler, der immer in seinen Darstellungen auffallend stereotype Linien wiederholt, sich oft in eigenartiger Weise verzeichnet, und bei dem das Dargestellte oft so mystisch ist, daß es aus dem Rahmen des Normalen herausfällt.

Mohr glaubt auch, daß man in einer ganzen Reihe von Zeichnungen, auch bei modernen Malern, an gewisse katatonische Produkte erinnert wird; andere lassen eine gewisse Dissoziation, ein gewisses vielleicht absichtliches Sichgehenlassen erkennen. Die Arbeiten des von *A.* erwähnten Malers kennt er persönlich nicht.

Umpfenbach.

Nordostdeutscher Verein für Psychiatrie und Neurologie

13. Jahressitzung zu Danzig am 2. Juli 1906.

Anwesend waren: *Boege-Owinsk, Deutsch-Lauenburg, Dubbers-Allenber*
Eschricht-Danzig, Freymuth-Danzig, Göhlmann-Conradstein, Haveman
Tapiau, Heinze-Neustadt, Herse-Neustadt, Hoppe-Allenberg, Janson-Lauenbur
Kürbitz-Königsberg, Krakow-Tapiau, Meyer-Königsberg, Puppe-Königsber
Rabbas-Neustadt, Seemann-Danzig, Siemens-Lauenburg, v. Seydlitz-Allenber
Stein-Kortau, Stollenhoff-Kortau, Vollheim-Lauenburg, Wallenberg-Dan
Warschauer-Hohensalza.

Entschuldigt haben sich: *Heise-Culm, Kayser-Dziekanka, Kröme*
Conradstein und Meschede-Königsberg.

Geschäftsführer: *Meyer-Königsberg und Puppe-Königsberg.*

E. Meyer-Königsberg eröffnet die Sitzung als Geschäftsführer, dan
 der naturforschenden Gesellschaft zu Danzig für Überlassung des Sitzung
 saales. Als Schriftführer wird *Kürbitz-Königsberg* bestimmt.

Auf Vorschlag von *Meyer* wird als Referat für das nächste Jahr: „Eis
 weisung, Festhaltung und Entlassung von gemeingefährlichen
 resp. nach § 51 StGB. freigesprochenen Geisteskranken in An
 stalten“ angenommen, als Referenten werden *Puppe-Königsberg und Stollen*
hoff-Kortau bestimmt.

Der Kassenbestand wird geprüft und für richtig befunden.

Auf Vorschlag von *Meyer* wird eine Erweiterung des Vereins durc
 ein Rundschreiben an beamtete und praktische Ärzte der beteiligten Provinze
 in Aussicht genommen, deren Ausführung *Meyer-Königsberg und Puppe*
Königsberg übertragen wird.

In der Diskussion über den Entwurf des Rundschreibens spricht *Se*
mann-Danzig den Wunsch aus, die Sitzung mit Rücksicht auf Gerichts- und
 Kreisärzte nicht in die Schwurgerichtsperiode fallen zu lassen.

Ein Antrag *Warschauer-Hohensalza*, prinzipiell den Sonntag als Sitzungs-
 tag zu wählen, wird abgelehnt. *Warschauer-Hohensalza* wünscht die Hinz
 ziehung der Neurologen zu den Sitzungen im Interesse des Vereins und
 beantragt den Namen des Vereins umzuändern in Nordostdeutscher
 Verein für Psychiatrie und Neurologie. *Meyer-Königsberg* befürwortet
 den Antrag, indem er betont, daß die Psychiatrie damit nicht etwa in den
 Hintergrund gedrängt werden solle. Der Antrag wird angenommen. Ebenso
 wird der Entwurf des Rundschreibens jetzt angenommen; gleichzeitig wird
 der Jahresbeitrag auf 2 Mark erhöht. Die Direktoren der Anstalten der
 Provinzen Pommern, Posen, Ost- und Westpreußen werden gebeten, bis Mitte
 November 1906 die Namen solcher Kollegen, die Neigung haben, dem Verein
 beizutreten, an *Meyer-Königsberg* zu senden, um dadurch einen sicheren
 Grundstock für die Erweiterung des Vereins zu gewinnen.

Als nächster Sitzungsort wird Danzig bestimmt, als Geschäftsführer
 werden die Herren *Kayser-Dziekanka und Werner-Owinsk* gewählt.

Vor der Tagesordnung stellt *Wallenberg-Danzig* ein 35jähriges Mädchen das seit ihrem 27. Lebensjahre über Sehschwäche, Gleichgewichtsstörung zunehmende Schwäche in den Beinen klagt. Die Anamnese ergibt alle hereditäre Verhältnisse, keine luische Infektion, keine Intoxikation, Trauma. Status präsens: Auffallend kleiner Schädel; mäßige Demenz. einseitige Optikus-Atrophie mit Amblyopie, die seit Jahren stationär gewesen ist; dabei normale Pupillen-Reaktion. Starkes Schwanken bei Erschließung, fällt um, wenn sie nicht gehalten wird. Spastisch-paretischer Charakter mit Steigerung der Patellarreflexe, Fußklonus und Babinski beiderseits. Vortragende glaubt das Krankheitsbild der von *Marie* beschriebenen *édoatxie cérébelleuse* an die Seite stellen zu dürfen und berichtet Anschlüsse an diese spät in die Erscheinung tretende Entwicklungsstörung des Zentralnervensystems über eine nach anderer Richtung von der *Friedreich-Tabes* abweichende Krankheitsform, die er bei einem 32jährigen Buchhändler beobachten konnte: Hereditäre Belastung väterlicherseits (Lues??). Erkrankung mit 26 Jahren an Gangstörung, die nach psychischem Trauma im 28. Lebensjahre wesentlich zunimmt, dann Sprachstörung. Status präsens: Gedächtnisschwäche, auch für früher Gelerntes (Alphabet, Wochen usw.). Doppelseitige reflektorische Pupillenstarre mit unregelmäßigen Pupillen, besonders links. Normaler Augenhintergrund, bis auf Anämie der Papille. Sprachstörung bulbären Charakters, dabei aber gute Aussprache einzelner Buchstaben bei hochgradiger Verwaschenheit der Silben. Verwirrt sich beim Trinken. Fortdauernde, hauchende Inspirationen und Expirationen. Dabei ununterbrochene choreatische Zuckungen der Gesichts-, Rumpf- Extremitäten-Muskeln. Taumelnder Gang mit Retro- und Propulsion, wie bei den Eindruck eines Betrunkenen. Ataxie der unteren und besonders oberen Extremitäten. Sehnenreflexe schwach, aber deutlich auslösbar. Ein großer, kahler Fleck auf der Kopfhaut links von der Mittellinie. Psyche normal bis auf die erwähnte Gedächtnisstörung.

Herse-Neustadt: Über die Behandlung von Entzündungen und Abscessen bei Geisteskranken nach der *Bierschen* Stauungshypothese.

Die besonderen Umstände und Störungen, unter denen sich bei Geisteskranken häufig die Wundheilung vollzieht, lassen es erwünscht erscheinen, bei der Behandlung von Entzündungen und Eiterungen in der Irrenheilanstalt nicht immer nach den bisherigen Regeln der Schulchirurgie vorzugehen.

Am meisten erstrebenswert wäre ein Verfahren, das folgende Forderungen erfüllt: möglichst kurze Heilungsdauer, also möglichst kleine Wunde und Verwendung eines umfangreichen Verbandes, der sich erfahrungsgemäß leicht verlegt oder heruntergerissen wird, möglichst geringe oder gar keine Nachbehandlung schon im Interesse der Sauberkeit bei unruhigen Kranken, möglichs-

Schmerzlosigkeit des eigentlichen Eingriffs zur Eiterentleerung und schließlich wenn angängig, Vermeidung von Instrumenten, die bei vielen Kranken erfahrungsgemäß Mißtrauen, Scheu, ja sogar heftigen tätlichen Widerstand hervorrufen, wie Messer, Schere, Sonde, scharfer Löffel.

Diese eben erwähnten Vorzüge vereinigt in sich die Behandlung mit Stauungsbinden und Sauggläsern nach *Bier*. In der Neustädter Anstalt wurden vom Oktober 1905 bis Juli 1906 nach dieser Methode behandelt zu nächst 4 Panaritien mit Beteiligung des Nagelbettes. Unter Anwendung der Stauungsbinde heilten sämtliche 4 Panaritien in 8, 9, 10 und 14 Tagen gut aus. In 3 Fällen blieb der Nagel völlig erhalten. Noch bessere Resultate ergab die Behandlung mit Sauggläsern. In 2 Fällen von Furunkeln wurde durch zweimaliges Ansaugen der Entzündungsprozeß coupiert. In 18 Fällen von größeren Furunkeln wurde ferner das Saugglas angewendet, und zwar mußte in den meisten Fällen nur an 2, in 3 Fällen an 3, in einem an 4 aufeinander folgenden Tagen angesaugt werden.

4 Fälle von Abszessen von nahezu Taubeneigröße heilten nach zweimaligem Ansaugen in 3—4 Tagen vollständig aus. Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug also für Furunkel und Abszesse 3—4 Tage. Bei einem unruhigen Paralytiker wurden zwei Karbunkel von mindestens Hühnereigröße einmal vier, im zweiten Falle 3 Tage mit dem Saugglase behandelt, der Geschwürsgrund hatte sich dann tadellos gereinigt und die Wunde trotz der Unruhe des Patienten in 12 resp. 14 Tagen, vom ersten Ansaugen ab gerechnet, vollkommen geschlossen. Ein Fall von Decubitus über dem Kreuzbein mit phlegmonöser Infiltration der Umgebung ging nach dreimaligem Ansaugen auffallend rasch in Heilung über und fand sich auch nach Monaten nicht wieder. In allen Fällen unterwarfen sich die Kranken willig und ohne Widerstreben der Saugbehandlung, die schmerzhaftes Tamponade der Wundhöhle fällt fort, der Verband kann in den meisten Fällen aus Zinkpflaster bestehen.

Herse kann also auf Grund seiner Erfahrungen die Behandlung nach der *Bierschen* Methode für die Psychiatrie nur dringend empfehlen.

Der Frage der Kopfstauung nach *Bier* bei Nerven- und Geisteskrankheiten ist man in der Neustädter Anstalt noch nicht nähergetreten.

In der Diskussion fragt *Meyer-Königsberg*, ob die Stauung bei Geisteskranken auch direkt zur Besserung resp. Heilung der Psychosen versucht wäre, speziell bei Paralyse. Versuche bei letzterer wären vielleicht am Platze, da ja die Stauung gerade bei entzündlichen Veränderungen gute Dienste leiste und es sich bei der Paralyse ja gerade um chronische entzündliche Veränderungen handle.

Siemens-Lauenburg meint, daß bei Paralyse schon sehr viel Versuche therapeutischer Art erfolglos gemacht seien. Die Fälle, die in den Anstalten zur Beobachtung kämen, wären seines Erachtens nach schon zu weit fortgeschritten.

Meyer-Königsberg meint, daß man trotz der völligen Empirie, die solcher Therapie anhafte, doch einen Versuch machen soll.

Herse hebt hervor, daß *Bier* die Kopfstauung hauptsächlich bei solchen geisteskrankheiten angewendet wissen wolle, die mit Blutleere des Gehirns ein-
ergehen.

Eschricht-Danzig macht auf die Möglichkeit aufmerksam, daß der Vagus
ventl. bei der Kopfstauung gedrückt würde.

Hoppe-Allenberg: 1. Anatomische Demonstration: Es wird ein
Überblick über die Ergebnisse der histologischen Untersuchungen des letzten
Jahres im Allenberger Laboratorium gegeben. Im besonderen wird von
fünf interessanten Fällen der Krankheitsverlauf mitgeteilt und der makro-
skopische und mikroskopische Hirnbefund demonstriert. Ein Fall, der zu
Lebzeiten bereits als Hirntumor erkannt wurde und einen stark dem *Kor-*
nakowschen Symptomkomplex ähnelnden Verlauf zeigte, ergab ein großes
Gummi, das in der Hirnsubstanz unter dem rechten Seitenventrikel lag. Bei
2 Erschöpfungspsychosen fand sich einmal ein verkalkter *Cysticercus cellulosae*
in der Großhirnrinde, im anderen Falle trug der Boden des 4. Ventrikels
3 kleine Cysten, die 1 bis 2 mm Durchmesser zeigten. Bei 2 Fällen von
manisch-depressivem Irresein waren große *Piacysten* vorhanden, die die Hirn-
oberfläche nach innen einbuchteten.

2. Psychiatrische Reiseerinnerungen aus Nord-Amerika:

Vortragender schildert den Besuch in fünf amerikanischen Irrenanstalten.
Die Irrenabteilung des Bellevue Hospitals New York ist bestimmt zu der
gesetzlich vorgeschriebenen Beobachtung, ob der in die Irrenanstalt ein-
zuliefernde Kranke wirklich geisteskrank ist; daneben hat dies Krankenhaus
Abteilungen für geisteskranke Alkoholiker und in der Strafhafte erkrankte Ver-
brecher. Das Manhattan State Hospital auf Ward's Island ist die Hauptanstalt
für das Großstadtmateriel New Yorks; die Anstalt ist zurzeit stark überfüllt
und mit über 4000 Kranken belegt. Ausgezeichnetes wird in dem mit der
Irrenanstalt in Verbindung stehenden hirnpathologischen Institut geleistet. Die
Pflegeanstalten für geistesschwache, epileptische und verkrüppelte Kinder be-
finden sich auf der Raudalls-Insel, sie sorgen hauptsächlich für eine gute Aus-
bildung der Pfleglinge in technischen Fertigkeiten. Die schönste und neueste
der 12 Irrenanstalten des Staates New York ist Central Islip, sie liegt etwa
auf der Mitte von Long Island und ist zurzeit mit ca. 3600 Kranken belegt.
Nach Beendigung der Erweiterungsbauten wird die Belegfähigkeit auf 4200
steigen. Das Pennsylvania Hospital for the insane liegt mitten in der Stadt
Philadelphia und kann über ein Alter von 152 Jahren zurückblicken. Es ist
eine luxuriös eingerichtete Anstalt, die von Wohltätigkeitsspenden unterhalten
wird, in der Hauptsache jedoch nur selbstzahlende Patienten aufnimmt.

(Beide Vorträge werden noch in erweiterter Form veröffentlicht werden.)

Kürbitz-Königsberg: Zur pathologischen Anatomie des Delirium
tremens. *Kürbitz* geht zuerst auf die bisherigen Befunde ein und erwähnt
die von *Bonhöffer*, *Juliusburger*, *E. Meyer* und anderen angegebenen Ver-

änderungen des Hirns bei Deliranten. Sodann bespricht er 7 Fälle von Del. trem., die zum Teil der Kieler, zum Teil der Königsberger Klinik entstammen, und die sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch keine wesentlichen Unterschiede untereinander boten, immer handelte es sich um chronische Alkoholisten mit typischen Delirien.

Die Methoden zur Herstellung der Präparate waren folgende:

Zuerst kamen alle Teile in Formol-Müller 1:10. Die Zellfärbung wurde nach der von *Juliusburger* und *E. Meyer* angegebenen Methode mittelst Thionin und einfacher Differenzierung in Alkohol ausgeführt. Ferner wurden Kernfärbungen mit Hämalaun und Eosin vorgenommen; Markscheidenpräparate wurden teils nach *Weigert-Pal*, teils nach *Marchi* untersucht.

An der Hirnrinde sind die großen Pyramidenzellen durchgehends verändert, die *Nissl*-Körper zum Teil in Stäubchen zerfallen, die in unregelmäßigster Weise über die ganze Zelle zerstreut sind. Das Zellchromatin ist geschwunden, der Kern geschrumpft. Die Zellen selbst sind unregelmäßig geformt und atrophisch, sehr intensiv und gleichmäßig gefärbt. An anderen sieht man deutlich eine Quellung und schwache Färbung; ferner zum Teil ausgesprochene Dezentralisation des Kernes. Die Fortsätze sind kurz, bei den dunkel gefärbten dagegen weit zu verfolgen und von korkzieherartiger Gestalt.

An einzelnen Gefäßen sind die Adventitiakerne gewuchert, was sich durch eine Vermehrung der länglichen Kerne entlang der Gefäße dokumentiert.

Niemals fanden sich Plasmazellen. Stets war eine Vermehrung der Gliakerne nachzuweisen, stellenweise auch Pigmentanhäufung. Oft sieht man neben vielem Pigment auch geschwärzte Endothelzellen an den Gefäßen. In den Radiärfasern des Großhirnes findet man nach *Marchi* eine starke Degeneration, etwas auch in den Querfasern, dagegen fehlt sie aber in den Tangentialfasern. In den Präparaten sieht man dann eine ausgesprochene Schwarztüpfelung (folgt Demonstration mehrerer Präparate mit verschiedenen Veränderungen).

Im Kleinhirn, besonders im Wurm, auch deutlich Schwarztüpfelung.

Im Thalamus ließen sich einige Blutungen konstatieren.

Im Rückenmark waren die Vorderhornzellen im ganzen erhalten, nur manchmal fand sich eine gewisse Quellung und Abrundung. Die Fortsätze sind unverändert, einzelne *Nissl*-Körper sind in Zerfall geraten. Die Hinterstränge sind zweifellos degeneriert.

Die beobachteten Veränderungen werden, wie das auch bereits früher von anderen Autoren geschehen ist, als chronische infolge des langen Alkoholmißbrauches und als akute infolge des Deliriums gedeutet. Chronisch verändert sind unbedingt die atrophischen, intensiv dunkel gefärbten Zellen, die genaue Strukturverhältnisse nicht mehr erkennen lassen. Ferner sind allmählich entstanden die Pigmentanhäufung, die Gliawucherung und der Faserausfall.

Das Del. trem. dagegen hat eine Quellung und Abrundung der Zellen und die zentrale Aufhellung der *Nissl*-Körper bedingt. Dies ist aber keineswegs spezifisch für ein Delirium, wie auch schon früher hervorgehoben ist.

sondern es findet sich auch bei andern Antointoxikationspsychosen, die in einen akuten Endzustand übergehen.

Was die Blutungen anbetrifft, so ist es unentschieden, ob man den chronischen Alkoholismus als ursächliches Moment dafür ansehen muß, oder ob man sie, entsprechend den Blutungen bei akuter Infektion und Intoxikation, der Autointoxikation, die zum Del. trem. führt, hinzurechnen muß. Als Prädispositionsstellen wurden Wurm und Aquädukt gefunden, die ja nicht nur beim Säuferwahnsinn, sondern auch überhaupt für Blutungen auf alkoholischer Basis charakteristisch sind, wie es z. B. am deutlichsten bei der Polioencephalitis haemorrhagica sup. von *Wernicke* zum Ausdruck kommt.

Der Markscheidenzerfall nach *Marchi* betraf nicht nur das Großhirn, sondern auch das Kleinhirn, speziell den Wurm, und er wurde als Ausdruck eines zweifellos akuten Prozesses gedeutet.

Die Befunde bestätigen also im wesentlichen die früher gemachten Erfahrungen: es fanden sich Veränderungen chronischer und akuter Natur, die aber keineswegs etwas Spezifisches für ein Del. trem. haben, sondern man muß die Summe aller Befunde zur Beurteilung heranziehen und berücksichtigen.

Diskussion: *Wallenberg*-Danzig fragt an, ob die neueren Fibrillenmethoden, mit denen manche Autoren bei pathologischen Prozessen gearbeitet haben, Anwendung gefunden hätten. *Kürbitz-Königsberg* verneint das.

Meyer-Königsberg weist im Anschluß an den Vortrag von *Kürbitz-Königsberg* auf die Wichtigkeit der Untersuchungen bei chronischem Alkoholismus hin, wofür die Anstalten das geeignete Arbeitsfeld wohl seien.

E. Meyer-Königsberg: Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Geistes- und Nervenkrankheiten.

Nach kurzem Überblick über die bisherigen Untersuchungsergebnisse und die Methoden berichtet *M.* über das Resultat der Lumbalpunktion in etwa 100 Fällen, die in der Königsberger Klinik vorgenommen wurden.

Darunter befanden sich 18 klinisch, zum Teil anatomisch sichere Paralyzen. Bei 17 von diesen Lymphocytose +, Trübung mit $MgSO_4$ +, bei einem Fall nicht, der klinisch unzweifelhaft als Paralyse imponierte, trotz zweimaliger Punktion. Weiter 9 paralyseverdächtige Fälle. Bei 6 Fällen, von denen 2 zur Sektion kamen, deren einer anatomisch als Paralyse, der zweite als Lues cerebrospinalis sich herausstellte, Lymphocytose +, $MgSO_4$ +. In einem negativen Falle Lues sicher. Bei 4 Fällen bestand gleichzeitig chronischer Alkoholmißbrauch.

13 Fälle betrafen verschiedene alkoholische Psychosen, Delirium tremens, *Korsakowscher* Symptomenkomplex, einfacher Alkoholismus chronicus, zum Teil mit Störungen der Pupillen. In 11 von ihnen Liquor ohne Veränderungen, einer (mit sicheren Lues-Geschwüren) zeigt keine Trübung mit $MgSO_4$, aber Lymphocytose, bei einem zweiten mit Lähmungen, Störungen der Pupillen — von Lues nichts bekannt —, Lymphocytose +. Trübung mit $MgSO_4$.

Bei einer Reihe nicht organischer Psychosen, Epilepsie, Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein, Antointoxikationspsychosen, Liquor frei von Veränderungen, ebenso bei einem Imbezillen mit anscheinend luischer Chorioretinitis.

Bemerkenswert war ein Fall von Psychose bei Typhus mit Lymphocytose, aber ohne Trübung mit $Mg SO_4$.

Von 4 senilen Psychosen 3 negativ, 1 mit starker Arteriosklerose positiv (Lymphocytose und Trübung).

2 Fälle mit sicherer Lues: 1. Vor einem Jahr Infektion, jetzt luische Geschwüre am Gaumen, starke Depression. Keine Lymphocytose, keine Trübung. 2. Vor fünf Jahren syphilitisches Exanthem. Jetzt Lues cerebri. Enorme Lymphocytose und Trübung.

2 Tabes-Fälle: 1. Ohne starke subjektive tabische Symptome. R. L. 0. Knph 0. Keine Lymphocytose, keine Trübung. 2. Ausgesprochene tabische Erscheinungen. Starke Lymphocytose und Trübung.

6 Fälle von Apoplexie: In zweien blutig gefärbter Liquor, in einem dritten nur dunkles Blut (Durchbruch nach der Hirnbasis).

Tumor-Fälle. 2 sichere, davon einmal Tumorzellen im Liquor; 2 zweifelhafte mit eigentümlichen zelligen Elementen (gequollenen Lymphocyten?).

M. hebt in seinem Resümee u. a. hervor, daß die Lymphocytose anscheinend ein feineres Reagens als die Trübung mit $Mg SO_4$ sei.

Zum Schluß weist M. darauf hin, daß er nie bedenkliche Erscheinungen nach der Lumbalpunktion wahrgenommen habe.

Diskussion: *Freymuth*-Danzig fragt an, in welcher Lage die Punktion vom Vortragenden vorgenommen sei, da er die Ausführung im Sitzen nicht für ungefährlich halte. Auch bitte er um Auskunft, wie sich Vortragender zu *Fischers* Ausführungen auf der letzten Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte stellt, der als Ursache der Lymphocytose die entzündliche Erkrankung der Pia des unteren Rückenmarksabschnittes anspricht.

Meyer-Königsberg entgegnet, daß die Punktion stets in Seitenlage ausgeführt wurde. Was die Angaben *Fischers* anbetreffe, so halte er sie nicht für genügend sichergestellt.

Siemens-Lauenburg hat auch beobachtet, daß bei der Paralyse besonders der untere Rückenmarksabschnitt erkrankt sei.

Göhlmann-Conradstein fragt an, wie man sich das Zurücktreten der Lymphocytose nach Anfällen zu erklären habe, eine Beobachtung, die jedenfalls auf der Jahresversammlung mitgeteilt sei.

Meyer-Königsberg hat selbst solche Beobachtungen nicht gemacht und kann eine ausreichende Erklärung z. Z. nicht angeben.

Kürbitz-Königsberg.
Schriftführer.

119. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin vom 24. Juli 1906.

Anwesend die Herren: *Adam-Herzberge* a. G., *Ascher-Berlin*, *Benda-Berlin*, *Max Edel-Charlottenburg*, *Paul Edel-Charlottenburg*, *Eicke-Herzberge*, *Gock-Landsberg* a. W., *Jacobsohn-Berlin*, *Kastan-Berlin* a. G., *Klipstein-Herzberge*, *Krohn-Berlin*, *H. Laehr-Zehlendorf*, *Mucha-Franz*. Buchholz, *Munter-Berlin*, *Oliven-Lankwitz*, *Sander-Dalldorf*, *Schmidt-Wuhlgarten*, *Schmidt-Herzberge*, *Seelig-Herzberge*, *Vial-Herzberge* a. G., *Wieners-Bernau* a. G., *Zendig-Buch* a. G., *Ziehen-Berlin*.

Am Vorstandstisch: *Gock*, *Zander*, *Ziehen*.

Vorsitzender: *Ziehen*.

Der Kassenführer gibt Rechenschaft über die Führung der Kasse, welche von den Mitgliedern *Marthen* und *Roesen* geprüft und richtig befunden worden ist. Es wird daraufhin dem Kassenführer von der Versammlung Entlastung erteilt. Bei der Wahl des Vorstandes werden die bisherigen Mitglieder *Gock*, *Moeli*, *Sander* und *Ziehen* durch Zuruf wiedergewählt. An Stelle des verstorbenen Geheimrat Dr. *Heinrich Laehr* wurde durch Zuruf Sanitätsrat Dr. *Hans Laehr-Zehlendorf* neu gewählt.

Herr *Birnbaum-Herzberge*: „Über degenerativ Verschrobene.“

Es handelt sich um Individuen, die wegen auffallender paranoischer Züge gewöhnlich den chronischen Paranoikern zugesellt werden, aber zu den psychopathischen Persönlichkeiten degenerativer Herkunft gehören. Meist erblich belastet und durch körperliche und geistige Stigmata der Entartung ausgezeichnet, ist ihre Wesensart durch jene allgemeine degenerative Eigentümlichkeit bedingt, daß infolge pathologischer Anlage die normalen Beziehungen der Gefühls- zu anderen seelischen Elementen gestört sind. Daraus resultieren in Einzelzügen Einseitigkeiten, Schiefheiten und Übertreibungen, für das Gesamtcharakterbild jene ungleichmäßige und unharmonische Zusammensetzung der „Verschrobenheit“.

Die Individuen — der Mehrzahl nach Männer — bekommen, wenn auch in der Kindheit schon durch abnorme Charakterzüge auffallend, das typische Gepräge erst in der Pubertätszeit. Von da an bleibt es mit (praktisch wichtigen) interkurrenten Steigerungen dauernd auf der Höhe.

Am Durchschnittsbilde selbst sind zunächst durch falsche Gefühlsbetonung bedingte Störungen des Vorstellungslebens auffallend: Schiefheiten der Auffassung und Unrichtigkeiten in der Bewertung; Überwiegen einzelner Anschauungsweisen bei Zurücktreten anderer; Herausheben aller möglichen philosophischen, ethischen, ästhetischen Gedankenkreise als besondere Maximen, Welt- und Lebensanschauungen unter Verkümmern der nächstliegenden praktischen Gesichtspunkte, ebenso auf wissenschaftlichen und anderen Gebieten Zurechtlegen von allerlei Theorien, Zusammenhängen, Einteilungen.

Der Inhalt selbst nicht das Ergebnis sachlicher Verarbeitung, sondern irgendwie aufgegriffen durch ihre Empfänglichkeit für allerlei Eindrucksvolles: ungewöhnliche Ideen, phrasenhafte Schlagworte, extreme und paradoxe Anschauungen. Dabei — den Kernpunkt ihres Wesens bildend — maßlose Überschätzung der eigenen Person als Vertreter solcher bedeutsamer Ideen, daneben Beeinträchtigungsvorstellungen, wachgerufen durch das Verhalten der Umgebung.

Nach außen hin prahlerische Aufgeblasenheit und Neigung zu entsprechenden wirkungsvollen Äußerlichkeiten. Sprachliche Ausdrucksweise überladen und phrasenhaft.

Die Stimmungslage nicht einheitlich; die Gefühlsbewegung ungleichmäßig und unbeständig; bald überleichtes, bald mangelhaftes Ansprechen des Empfindens, so daß eine feste Charakterbildung ausbleibt.

Die Willenskraft gering. Unzulängliche Lebensführung infolge falscher Prinzipien, Beschäftigung mit allen möglichen Problemen und Bestrebungen, schließlich durch unzweckmäßige Handlungen.

Das Durchschnittsbild selbst steigert sich zeitweise unter ungünstigen Verhältnissen (Haft!) zu plötzlich und schnell sich entwickelnder, mehr oder weniger systematisierter Wahnbildung, die allmählich wieder abklingt.

Das reine Bild der Verschrobenheit selten, meist Verbindung mit andern Entartungserscheinungen, besonders Mischungen mit anderen degenerativ-exzentrischen Charakteren, besonders denen mit abnorm angelegtem Gefühlsleben, den Phantasten, Träumern und Schwärmern. Auch Verbindung mit Imbezillität nicht selten, die aber nur begünstigend wirkt. Schwachsinnige mit derartigen übernommenen Ideen überhaupt nicht hergehörig.

Differentialdiagnostisch: Mit konstitutionell Manischen Ähnlichkeit durch leichte Ansprechbarkeit des Interesses, gewisse Oberflächlichkeit, Phrasenschwulst und erhöhtes Selbstbewußtsein mit paranoiden Zügen. Trennung durch typomanische Stimmungslage, Flatterhaftigkeit und Betätigungsdrang der ersteren.

Mit Dementia paranoidea äußerliche Ähnlichkeit durch paranoide Züge und Auftreten der Verschrobenheit in der Pubertätszeit. Der Verlauf entscheidet ohne weiteres.

Am wichtigsten die Beziehung zur Paranoia und originären Paranoia. An letztere klingen besonders die phantastischen Größenideen der vorübergehenden paranoischen Steigerungen an, desgleichen weitgehende Ähnlichkeit mit *Krafft-Ebings* Paranoia reformatoria und inventoria, die ja degenerierte sind. Doch handelt es sich bei der Paranoia um eine Psychose mit zeitlich bestimmtem Beginn und bestimmter Verlaufsweise, bei den Verschrobenen im wesentlichen um einen Dauerzustand. (Eigenbericht.)

Diskussion: Herr Ziehen hebt hervor, daß die von dem Vortragenden so treffend gezeichnete degenerative Konstitution relativ selten weiterhin zur Entwicklung einer Dementia praecox, hingegen relativ oft zur Entwicklung einer Paranoia führt. —

Diskussion über den Vortrag des Herrn *Klipstein*-Herzberge: „Über die hebephrenischen Formen der Dementia praecox *Kraepelins*“ (*Zeitschr. f. Psych.* Bd. 63 S. 512 ff.).

Herr *Ziehen* hält es für ganz unzweckmäßig, dem Krankheitsbegriff der Dementia praecox immer noch neue Krankheitsbilder einzuverleiben, und hält an der scharfen Abgrenzung der Paranoia von der Dementia praecox fest.

Herr *Klipstein*: Gewiß gibt es Paranoiker, die sich viele Jahre lang geordnet benehmen, die zusammenhängend und klar reden, im ganzen folgerichtig denken und planmäßig handeln. Andere Kranke sind von vornherein stumpf, zerfahren, ihr Gedankengang ist gelockert. Ausgeprägte Typen der ersten Kategorie sind leicht von denen der zweiten zu unterscheiden. Überblickt man aber eine große Reihe von Fällen, so sieht man, daß doch viele Übergänge vorkommen, daß an dem einen Ende der Reihe Fälle stehen mit ziemlich gut erhaltener Intelligenz, am entgegengesetzten Ende Kranke mit deutlichem Schwachsinn, und daß dazwischen zahlreiche Abstufungen auftreten. — Verfolgt man ferner den einzelnen Fall über eine längere Zeitstrecke hin, so findet man öfter, daß der vor einem oder zwei Jahrzehnten geordnete und geistig rege Kranke jetzt zerfahren und stumpf geworden ist. Die Symptome, die bei Paranoia und bei Dementia paranoides beobachtet werden, sind die gleichen. In Fällen beider Gruppen traten uns entgegen die Erinnerungsfälschungen, die Neigung, Namen symbolisch auszulegen, Begriffe in ganz eigenartiger dem gesunden Denken fernliegender Weise zu erklären, gleichgültigen und vieldeutigen Vorkommnissen eine höchst wichtige und ganz bestimmte Bedeutung für die eigene Person zuzuschreiben usw. Bei dieser Lage der Dinge läßt sich eine scharfe Grenze zwischen Paranoia und Dementia paranoides gegenwärtig nicht ziehen.

Was die Einteilung der Psychosen anlangt, so stellen die *Kraepelinschen* Gruppierungen meines Erachtens einen entschiedenen Fortschritt dar. Früher hat man oft auf Grund rein äußerlicher Übereinstimmungen Zustände zusammengeworfen, die keine innere Verwandtschaft miteinander hatten. Beispielsweise hat man unter der Bezeichnung Paranoia acuta ganz heterogene Psychosen zu einer Gruppe vereinigt, nämlich hysterische Irreseinsformen, akute transitorische Psychosen bei Entarteten — Herr *Birnbaum* hat ja heute solche Störungen angeführt —, deliriose Zustände, wie sie nach schweren Blutverlusten, bei körperlichen Krankheiten, z. B. bei Phthise, Karzinom beobachtet werden, gewisse Bilder, die im Verlauf der Manie, der Melancholie auftreten, und endlich akute Phasen der Verblödungsprozesse.

Kraepelin hat besser geschieden und vereinigt. Er hat einer Gruppe nur Krankheitsbilder zugeteilt, die in den wesentlichen Symptomen, im ganzen Verlauf und im Ausgang gut miteinander übereinstimmen. Die Forschung auf diesem Gebiet ist noch nicht abgeschlossen, man darf aber doch sagen, daß wir uns den echten Krankheitsbegriffen jetzt mehr nähern. Dem Bedürfnis, die große Masse der Fälle, von denen die Dementia praecox-Gruppe gebildet wird, in kleinere Verbände zu zerlegen, kann man ja leicht in irgend

einer Weise gerecht werden. Man kann unterscheiden chronische (Paranoia, Dementia paranoides) und akute Formen, die akuten kann man weiter trennen in hebephrenische und katatonische, in Erregungs- und Depressionszustände.

Herr Ziehen: Seltenerer Fälle des periodischen und zirkulären Irreseins.

Nachdem die Beziehungen des letzteren sowie der periodischen Manie zur Hirnsyphilis, welche vom Vortr. früher bereits besprochen worden sind, kurz an der Hand einiger Fälle erörtert worden sind, bespricht Vortr. die periodische Menstrualmelancholie. Ein hierhergehöriger Fall wird ausführlicher mitgeteilt. Der Vater der jetzt 19jährigen Patientin leidet an einer periodischen Psychose. Die erste Menstruation trat bei der Patientin im Alter von 12½ Jahren auf. Sie ist regelmäßig, tritt alle drei Wochen auf und ist mit starkem Blutverlust verbunden. Im August 1904 trat die erste geistige Störung auf, und zwar acht Tage vor der Menstruation und hörte gegen Ende der Menstruation auf. Seitdem ist die Menstruation meistens mit einer psychischen Störung, und zwar stets derselben verknüpft. Der Beginn kann bis auf die Stunde genau angegeben werden. Zuweilen tritt der Zustand erst sechs Tage vor der Periode ein, zuweilen überdauert er die Periode etwas. Das Hauptsymptom während des Anfalles ist Depression und Angst. Sie sagt selbst, „sie habe eine unbestimmte Furcht, könne nichts, sie sei so unsicher, wie sie alles anfangen solle, sie sei ganz unschlüssig, dabei weinerlich und unenergisch; sie sei wie zersplittert, Körper allein und Geist allein“. Den Angehörigen fällt während des Anfalles namentlich ihre Fragesucht auf. Sie fragt ganz ohne vernünftigen Zweck: wie wird die Wäsche eingeweicht? könnte man's nicht auch so machen? wie wird das gekocht? wie wird das geschrieben? was tut das Mädchen? wie wird rein gemacht? hat das Mädchen eine Schürze an, wie oft soll sie die Schürze wechseln? usw. Vor innerer Unruhe bleibt sie in der verordneten Einpackung nicht liegen. Im Intervall ist das ganze Verhalten völlig normal. Reaktive hyperthymische Symptome sind niemals aufgetreten. Keinerlei Defekt. Körperlicher Befund, abgesehen von leichter Anämie und inkonstanten Druckpunkten, normal. Während eines zeitweiligen Sanatoriumaufenthaltes besserte sich der Zustand. Es handelt sich offenbar um eine periodische menstruale Hypomelancholie, welche in sehr interessanter Weise von dem Symptom der Fragesucht — unbeschadet der sonstigen Assoziationshemmung — begleitet wird. Jedenfalls beweisen solche Fälle, daß die Menstrualwelle nicht ganz ausschließlich manische Zustände hervorruft. Vortr. erinnert in dieser Beziehung auch an einen Fall *Mordrets*, in welchem einmal im Verlauf einer manischen Phase sich während der Menstruation ein Depressionszustand einschob. In einem andern Fall des Vortr. trat der erste Krankheitsanfall sechs bis acht Wochen vor der ersten Menstruation auf. Die späteren Anfälle begannen stets etwa acht Tage vor jeder Menstruation und hörten genau mit der Menstruation auf. Die Anfälle waren ausgesprochen manisch, aber stets

von einer nicht eben stark ausgeprägten depressiven Phase gefolgt. Im Laufe der Beobachtung änderten sich die zeitlichen Beziehungen etwas. Dr. Saiz wird den Fall ausführlich veröffentlichen. Schließlich erörtert Votr. die Frage, ob die Menstrualpsychosen, wie viele Autoren behaupten, reflektorisch durch den Menstruationsvorgang ausgelöst werden, und lehnt diese Deutung für viele Fälle entschieden ab.

(Eigenbericht.)

Gock.

Kleinere Mitteilungen.

Ein Beitrag zur Psychologie der Aussage. — Das Zeugenaussagen, selbst wenn sie durch Eid bekräftigt werden, auch nach Ausschluß jeder bewußten falschen Angabe nicht immer zutreffend sind, ist bekannt. Trotzdem dürfte folgender Fall, über welchen die gesamte Warschauer Presse ausführlich berichtete, als besonders drastisches Beispiel der Wiedergabe in wortgetreuer Übersetzung wert sein.

„Die erste Zivilkammer des Warschauer Bezirksgerichts verhandelte dieser Tage gegen den 17jährigen Lucyan Zimny, welcher angeklagt war, aus der Smolnastraße No. 28 gelegenen Wohnung des Wladislaus Pozwrowski einige Sachen gestohlen zu haben. Zum Termin wurden fünf Zeugen geladen, die feststellen sollten, daß Zimny aus dem genannten Hause die Gegenstände hinausgetragen hatte und nach einem mißglückten Fluchtversuch, freilich ohne Corpus delicti, das er unterwegs fortzuwerfen vermochte, sistiert wurde.

Obiger Tatbestand wurde in kategorischer Weise von der Portiersfrau Katharina Onuczynska bestätigt, welche den auf der Anklagebank Sitzenden fixierend erklärte, daß dieser es eben gewesen sei, der auf der Straße angehalten wurde. Sie habe, als man ihn zum Tatort brachte, ihn sofort erkannt. „Nur ist“, so fügte sie hinzu, „Zimny vorher etwas voller gewesen.“ Auch die Zeugen Johann Lesniewski und Stanislaus Stefanski behaupteten, in dem Angeklagten ganz sicher jenen Mann wiederzuerkennen, welcher die Sachen aus dem Tor hinausgetragen hatte. Von der Portiersfrau zur Rede gestellt, suchte er sich durch die Flucht zu retten, konnte indes bald eingeholt werden.

Schon war die Verhandlung ihrem Ende nahe, da ereignete sich ein Vorfall, der so recht zeigt, welchen Wert mitunter sogar durch Eid bekräftigte Zeugenaussagen besitzen. Als der Gerichtsvorsitzende Ostroumow den Angeklagten Zimny fragte, was er wohl zu seiner Rechtfertigung anzuführen hätte, erklärte dieser, daß die ganze Angelegenheit ihn gar nichts angehe, denn er heiße ja gar nicht Zimny, sondern Franz Nowakowski. Man habe ihn zusammen mit Zimny aus dem Gefängnis hergebracht, damit ihm hier die Motive des gegen ihn vor zwei Wochen gefällten Urteils vorgelesen würden. Da aber in einem früheren Prozeß er, Nowakowski, auf Grund von Aussagen verurteilt sei, die nach seiner Überzeugung falsch gewesen, habe er dem

Gericht beweisen wollen, wieviel man eben auf Zeugenaussagen geben kann. Er habe daher mit seinem Komplizen verabredet, die Rollen zu tauschen; während nun Zimny, der sein Aussehen durch ein umgeschlagenes Tuch verändert hatte, den ihm gar nicht geltenden Spruch anhörte, habe er, Nowakowski, die Rolle Zimnys zu Ende gespielt.

Es braucht wohl kaum hinzugefügt zu werden, welchen Eindruck die Worte des Angeklagten auf die Zeugen ausübten, denen plötzlich die Verantwortung, sich eines Meineids schuldig gemacht zu haben, zum Bewußtsein kam. Auch die Lage, in welche der Gerichtshof versetzt wurde, kann man sich leicht vorstellen.

Um den Sachverhalt zu klären, wurde der echte Zimny aus dem Arrestantenzimmer in den Gerichtssaal herbeigeschafft. Er konnte nur die Angaben Nowakowskis bestätigen.

Dagegen behauptete der Staatsanwaltsgehilfe, ein Richter und der Gerichtsdiener, welche bei der Urteilsbegründung in Sachen „Nowakowski“ assistiert hatten, daß der Spruch tatsächlich dem auf der Anklagebank sitzenden Nowakowski, aber nicht dem Zimny verkündet worden sei, woraus also hervorgeht, daß alle drei Wächter und Ausüßer des Rechts und der Gerechtigkeit schon zum zweiten Male N. vor sich hatten, ohne es zu merken. Die Situation wurde immer verwickelter, man ließ sofort den Gefängnisaufseher Felix Imakalski kommen, und dieser stellte nun fest, daß in der Tat Nowakowski und nicht Zimny sich auf der Anklagebank befände. Es sei noch hervorgehoben, daß zwischen Nowakowski und Zimny nicht die geringste Spur einer Ähnlichkeit zu finden ist. Auf Antrag des Staatsanwalts wurde schließlich die ganze Angelegenheit zur Identifizierung der Person Zimnys an den Untersuchungsrichter verwiesen. Interessant ist die Frage, ob die Zeugen, wenn sie den echten Zimny gesehen, ihn ebenfalls erkannt hätten. Bei der Fehlbarkeit der optischen Eindrücke darf man es mit großer Wahrscheinlichkeit erwarten.“

Dr. M. Urstein-München.

Im November 1906 wird an der psychiatrischen Klinik in München ein dreiwöchiger psychiatrischer Fortbildungskurs stattfinden. Programm: 1. Klinische Demonstrationen (Prof. Kraepelin) täglich 10—11 Uhr; 2. Forensisch-psychiatrische Demonstrationen (Prof. Gudden) täglich 3—4 Uhr; 3. Kursus der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems (Dr. Alzheimer) täglich 8—10 Uhr; 4. Einführung in die klinische Experimentalpsychologie (Dr. Gaupp) dreimal wöchentlich 11—12 Uhr; 5. Demonstrationen aus dem neurologisch-psychiatrischen Grenzgebiete (Dr. Gaupp) dreimal wöchentlich 11—12 Uhr; 6. Exkursionen in verschiedene Anstalten; 7. Klinische Visiten. Nach Bedarf würden sich bei rechtzeitiger Anmeldung einer genügenden Zahl von Teilnehmern auch Kurse auf anderen Gebieten der Medizin einrichten lassen. — Honorar für den Fortbildungskurs 50 Mark. Anmeldungen bis 1. Oktober an die Direktion der psychiatrischen Klinik.

Nachweisung derjenigen Personen,

welche in den Jahren 1904 und 1905 infolge Anordnung des Gerichts zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Geisteszustand a) auf Grund des § 81 Str.P.O. in öffentliche und b) gemäß § 656 Z.P.O. in öffentliche oder Privatanstalten zur Beobachtung aufgenommen worden sind.¹⁾

a) Gemäß § 81 Str.P.O. sind in öffentliche Anstalten für Geisteskranke aufgenommen:

Provinz	Anzahl der beteiligten Anstalten	Erwachsene		Jugendliche (unter 18 Jahren)		Zusammen (Spalten 3—6)	Hiervon (Spalte 7) wurde			
		männliche Personen	weibliche Personen	männliche Personen	weibliche Personen		eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 Str.G.B. z. Zt. der Tat als vorliegend od. ihr Ausschuß als begründ. Zweifeln unterworfen, erachtet bei	nicht angenommen bei	eine bestimmte Äußerung nicht abgegeben bei	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Ostpreußen	2	22	5	—	—	27	20	7	—	—
Westpreußen	3	18	5	—	—	23	15	8	—	—
Berlin (Klinik der Königlichen Charité)	1	95	9	—	—	104	41	63	—	—
Brandenburg (einschl. der Anstalten der Stadt Berlin)	7	91	4	1	1	97	73	12	12	12
Pommern	4	41	2	3	1	47	27	18	2	2
Posen	6	31	1	2	—	34	17	17	—	—
Schlesien	9	107	12	1	1	121	82	32	7	7
Sachsen	5	23	5	3	—	31	16	15	—	—
Schleswig-Holstein	3	67	4	—	—	71	47	24	—	—
Hannover	4	41	7	1	—	49	29	20	—	—
Westfalen	5	70	8	2	8	88	58	28	2	2
Hessen-Nassau	5	85	5	3	—	78	53	16	2	2
Rheinl. Pfalz	8	105	13	9	—	114	105	10	2	2

P r o v i n z	Anzahl der beteiligten Anstalten	Erwachsene		Jugendliche (unter 18 Jahren)		Zu- sammen (Spalten 3—6)	Hiervon (Spalte 7)					wurde eine be- stimmte Änderung nicht abgegeben		
		männ- liche Personen	weib- liche Personen	männ- liche Pers.	weib- liche Pers.		Zu- sammen	als nicht vermögend, ihre Angelegenheiten zu besorg. infolge von		als ver- mögend, ihre An- gelegenh. gelegenh. z. besorg.				
								Geistes- krankh. gem. schwäch. gem. § 6, 1 B.G.B.	Geistes- schwäch. gem. § 6, 1 B.G.B.		Zu- sammen			
													8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Ostpreußen	3	1	5	—	—	8	4	2	2	—	6	2	2	—
Westpreußen	1	—	1	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—
Berlin (Klinik der KöniglichenCharité)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Brandenburg (einschl. der Anstalten der Stadt Berlin).....	8	5	6	2	—	8	8	3	—	—	8	3	—	—
Pommern	4	—	2	—	—	6	2	—	1	—	3	—	—	—
Posen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schlesien	2	—	2	—	—	2	1	—	1	—	2	—	—	—
Sachsen	5	1	12	3	—	13	4	2	6	1	10	3	—	—
Schleswig-Holstein...	3	—	6	—	—	11	7	—	1	—	8	—	—	—
Hannover	4	—	9	—	—	9	3	—	3	—	6	—	2	—
Westfalen.....	5	1	3	1	—	5	—	—	3	—	3	—	2	—
Hessen-Nassau	6	1	5	1	—	7	4	1	1	—	5	1	2	1
Rheinprovinz.	12	3	14	2	—	18	5	1	11	3	16	4	2	—
Hohenzollernsche Lde.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
zusammen..	53	12	65	9	23	5	39	9	29	4	68	13	16	1
														4

¹⁾ Vom Kgl. Preussischen Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten zur Veröffentlichung übersandt. Vergl. diese Ztschr. Bd. 60, S. 637; Bd. 62, S. 123. — Die Zahlen der in Privatanstalten beobachteten Personen sind *kursiv* gedruckt.

Ein auf sieben Tage berechneter Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie wird für April 1907 in Gießen beabsichtigt. Er ist für Ärzte und Juristen bestimmt, und es wird zur Deckung der Kosten eine Einschreibgebühr von 20 Mark erhoben. Vorläufige Anmeldungen ohne Verbindlichkeit sind an Prof. Dr. Sommer in Gießen zu richten.

Personal-Nachrichten.

- Dr. Robert Gaupp, bisher Priv.-Doz. u. Oberarzt in München, ist als o. Prof. nach Tübingen berufen und hat den Ruf angenommen.
- Dr. Paul Pollitz, dir. Arzt der Irrenabteilung der Strafanstalt zu Münster, ist zum Dir. der Strafanstalt Derendorf kommissarisch ernannt worden.
- Dr. Paul Holthausen, bisher 2. Arzt in Tapiau, ist Oberarzt am Landeshospital in Haina,
- Dr. Georg Lomer, früher Oberarzt in Neustadt i. H., 2. Arzt in Tapiau.
- Dr. Herm. Starke, bisher auf dem Eichberg, Oberarzt in Neustadt i. H.
- Dr. Joh. Wende, bisher in Kreuzburg, Oberarzt in Leubus und
- Dr. Wilh. Holterbach, bisher in Eglfing, Dir. der im Bau befindlichen Kreisirrenanstalt bei Homburg (Pfalz) geworden.
- Dr. Ernst Schultze, bisher ao. Prof. in Greifswald, ist zum o. Prof. ernannt worden.
- Dr. Mart. Reichardt, Oberarzt an der psychiatr. Klinik zu Würzburg, hat sich als Privatdozent habilitiert.
- Dr. Ed. Hitzig in Halle, Geh. Med.-Rat u. Prof., ist zum Ehrenmitglied der Neurol. Gesellsch. in Tokio ernannt worden.
- Dr. Paul E. Flechsig, Geh. Med.-Rat u. Prof. in Leipzig, hat Titel u. Rang eines Geheimen Rates in der 2. Kl. des Hofranges erhalten.
- Dr. Alfr. Hoche, Prof. in Freiburg, ist Geh. Hofrat,
- Dr. Alb. Lilienfeld, dir. Arzt d. Sanatoriums in Groß-Lichterfelde, Sanitätsrat geworden.
- Dr. Heinr. Schuele, Geh. Rat, in Illenau hat das Kommenturkreuz 1. Kl. des Kgl. Württ. Friedrichs-Ordens erhalten.
- Dr. Georg Meyer, Geh. San.-Rat u. langjähriger (erster) Dir. der Prov.-Anstalt zu Osnabrück, ist am 16. Juli zu Oeynhausen im 88. Lebensjahre.
- Dr. Reg. Pierson, San.-Rat, geb. 19. November 1846 zu Berlin, bis vor kurzem Leiter der Privatanstalt Lindenhof zu Coswig bei Dresden, ist am 13. August an Leberkarzinom, das sich bei einer Laparotomie tags zuvor als inoperabel erwiesen hatte, und
- Dr. Richard Schroeter, Geh. San.-Rat, früher Dir. des Eichbergs, am 19. August zu Freiburg i. Br. im fast vollendeten 67. Lebensjahre gestorben.

Transitorische Aphasie bei Alkoholdelirien.¹⁾

Von

Dr. C. F. v. Vleuten, Assistenzarzt der städtischen Anstalt zu Dalldorf.

Von den alkoholischen Geistesstörungen sind wohl jene Formen bisher am wenigsten bearbeitet worden, welche unter den Begriffen der atypischen Alkoholdelirien und der Alkoholdelirien bei Psychopathen Unterkunft fanden. Die Lehre von den Erscheinungen des typischen Delirium tremens hat durch eine große Anzahl von Forschern, zuletzt besonders durch *Bonhöffers* Monographie, einen vorläufigen Abschluß gewonnen. Auch das sogenannte chronische Alkoholdelirium, die *Korsakowsche* Psychose, ist, an der immerhin geringen Anzahl der Fälle gemessen, in überreichem Maße beachtet und beschrieben worden, und auch die akute Halluzinose der Trinker wurde in ihrer Eigenart abgegrenzt. Wenn etwas derartiges bei den sogenannten atypischen Alkoholdelirien in dem Maße bisher nicht geschah, so mag der Hauptgrund dafür vielleicht in dem Umstande zu suchen sein, daß sie, untereinander höchst verschieden, einer Zusammenfassung die größten Schwierigkeiten entgegenbringen.

Von diesen Delirien, die, vom Delirium tremens deutlich verschieden, gleichwohl ihren Ursprung aus dem Alkoholmißbrauche nicht verbergen können, möchte ich in folgendem versuchen, ein Zustandsbild abzuschneiden, das sich einer gesonderten Betrachtung wert erweisen dürfte. Bei der großen Anzahl der Alkoholpsychosen, die in unserer Anstalt zu Gesicht kommen, war es mir mehrmals

¹⁾ Nach einem Vortrag im psychiatr. Verein zu Berlin. S. Bd. 62, S. 431.

aufgefallen, daß bei einer Abart des Alkoholdeliriums, die mehr chronisch, mit geringerer Heftigkeit und Verworrenheit der Sinnes-täuschungen, ohne kritischen Abschluß, besonders aber mit ver-hältnismäßig sehr geringen motorischen Erscheinungen einherging. gewisse Störungen der Sprache sich zeigten und mit dem Abschluß des Deliriums wieder verschwanden, die von dem beim schweren Delirium tremens gewöhnlichen Versprechen und Silbenstolpern verschieden waren. Doch wurden diese Beobachtungen nicht systematisch verfolgt, bis ein besonders ausgesprochener Fall zu einer eingehenderen Beachtung aufforderte. Seitdem unterwarf ich jeden geeigneten Deliranten einer Aphasieprüfung und fand bald zwei andere Kranke, die bei ähnlicher Erscheinungsform der Psychose an derselben Art der Aphasie litten, und bei denen so-gleich bei der Aufnahme hinsichtlich dieser Störung eine günstige Prognose gestellt werden konnte, die dann auch nach Ablauf einer Woche bestätigt wurde.

Ich möchte vorerst die drei Krankengeschichten im Auszug mitteilen und darf an dieser Stelle Herrn Geheimrat Dr. *W. Sander* sowie Herrn Sanitätsrat Dr. *A. Richter* für die Erlaubnis der Veröffentlichung meinen ergebensten Dank sagen.

Fall I.

Der frühere Maler, jetzige Gelegenheitsarbeiter H. wurde am 12. Juli 1903 auf Grund eines kreisärztlichen Attestes wegen alkoholistischer Geistesstörung zur Anstalt gebracht. Er liegt ruhig im Bett, schwitzt stark, das Gesicht ist hochrot, die Hände und die vorgestreckte Zunge zittern, im Urin ist Eiweiß vorhanden. Abgesehen von einer sehr geringen Ungleichheit im Facialis bietet die körperliche Untersuchung sonst nichts Bemerkenswertes dar, insbesondere ist keine erheblichere Arteriosklerose und keinerlei Lähmung nachweisbar. Der Kranke ist örtlich und zeitlich nicht orientiert, glaubt sich in der Eichen-dorffstraße zu befinden und gibt das Datum falsch an. Es bestehen Sinnes-täuschungen des Gesichts und des Gehörs: Dragoner sind durchs Zimmer geritten, die Artillerie kam vorüber, auch hat er öfter wischende Bewegungen über die Decke gemacht, als wenn er Ungeziefer vertreiben wolle. Dieser deliriöse Zustand dauerte sieben Tage lang, wobei die Sinnestäuschungen des Nachts heftiger auftraten als am Tage, ohne jedoch mit der lebhaften moto-rischen Unruhe verbunden zu sein, die sonst bei Alkoholdelirien gewöhnlich ist. Das Delirium endete nicht mit einem kritischen Schläfe, sondern ging allmählich in den normalen Zustand über. Nach zwölf Tagen war der Urin wieder eiweißfrei, die Stauungserscheinungen waren zurückgegangen und der

Kranke konnte wieder aufstehen. Die Erinnerung an die Erlebnisse des Deliriums war eine verhältnismäßig gute.

Anamnestic wurde folgendes in Erfahrung gebracht: eine erbliche Anlage ließ sich bei ihm nicht nachweisen, dagegen ein allmählich steigender Alkoholmißbrauch verbunden mit Alkoholintoleranz, welche übrigens schon einmal vor mehreren Jahren einen deliriösen Zustand bei ihm ausgelöst hatte, der in der Charité behandelt wurde. Eine Kopfverletzung erlitt er nicht, ebenso will er keine syphilitische Infektion durchgemacht haben, dagegen hatte er Mitte und Ende der neunziger Jahre mehrere Male Krampfanfälle, die mit voller Bewußtlosigkeit einhergingen, zu kleinen Verletzungen führten und vollständige Amnesie zurückließen. Über den Ausbruch des Deliriums erzählte dann die Schwester des Kranken, daß er etwa vierzehn Tage vor Einlieferung in die Anstalt verändert gewesen sei, er habe nachts schlecht geschlafen, in der Wohnung umher gesucht und bei Fragen und Antworten Worte gebraucht, deren Sinn unverständlich gewesen sei. Er habe einmal von ihr ein Schiebetuch verlangt und dies mehrmals ärgerlich wiederholt. Dabei habe er noch immer getrunken, in den letzten Nächten sei der Zustand beftiger geworden, zuletzt sei er mit der Sprache gar nicht mehr fertig geworden, sei mit Feuer gefährlich umgegangen und deswegen zur Anstalt gekommen.

Es bleibt nun noch übrig, die Sprachstörung zu beschreiben, welche dieses an sich wohl charakterisierte Alkoholdelirium begleitete. Sie fiel schon in der Unterhaltung auf, indem der Kranke die Worte ausließ, danach suchte und paraphasische Wortbildungen gebrauchte, dabei war das Sprachverständnis erhalten, denn Aufforderungen einfacher Art befolgte er richtig. Aufforderungen schwieriger Art hat er, während er sie an den letzten Tagen des Deliriums richtig ausführte, am zweiten Tage häufig verkehrt gelöst. Er zeigte dabei eine vollständig apraktische Reaktion. Als er ein Licht anzünden soll, führt er das brennende Streichholz an den Griff des Leuchters, dann versucht er, nachdem er das Streichholz weggeworfen, die Streichholzschachtel oben auf das Licht zu stecken, wie man sie etwa auf einen Streichholzständer stecken würde. Zu ähnlichen falschen Handlungen kommt er, als er aufgefordert wird, sich die Hände zu waschen. Daran, daß er sofort richtig zum Waschbecken geht und die Seife nimmt, ist zu erkennen, daß er den Auftrag verstanden hat; dann aber nimmt er die Seife und hantiert damit am Griff des Wasserhahnes herum und bohrt mit diesem in die Seife hinein, er wird daran verhindert, sagt selbst ärgerlich: „jawohl, jawohl“, wickelt aber dann die Seife in das daneben hängende Handtuch und legt alles zusammen in das Waschbecken. Die spontane Schrift war gestört und paraphasisch, nachgeschrieben wurde aber richtig, wie auch der Sinn des Geschriebenen in einigen Fällen richtig verstanden wurde. Das Nachsprechen war auch nicht gestört, Gegenstände, die der Kranke vorher völlig paraphasisch benannte, nannte er richtig nach, wenn es ihm vorgesprochen war. Mit dem Verschwinden der Sinnestäuschungen und überhaupt des deliriösen

Zustandes trat auch die Sprachstörung zurück, um wenige Tage nachher ganz zu verschwinden. Am deutlichsten trat das aphasische Verhalten in die Erscheinung, wenn man dem Kranken Gegenstände vorlegte und sie benennen ließ. Ein Auszug aus drei Protokollen wird dies am besten kennzeichnen.

8. Dezember 1903.

Kragenknopf:	„das ist das hier (zeigt nach der Hals- gegend) ein ein ein Zeitungspott.“
Filzpantoffel:	„zum gehen, wenn man austreten muß — ich kann es im Augenblick nicht sagen.“
Vorhängeschloß:	„das habe ich auch mal so hängen sehen, da sind alles so neue Ge- werke.“
Wozu gebrauchen Sie es?	„zum Schlafengehen.“
Ist es ein Teller?	„nein, nein.“
Ist es ein Vorhängeschloß?	„jawohl, damit bin ich einverstanden.“
Brille:	„man nennt es . . . Hoffen, da komme ich diesmal nicht darauf, was das gewesen ist.“
Graue Garnrolle:	„wo die Damen etwas rüberlegen.“
Was ist es denn?	„grau, gries oder gelb grau.“
Zigarre:	„danke schön, das freut mich sehr. ein Simbel.“
Zigarrenspitze:	„jawohl, woraus man rauchen tut . . ein Raucher.“
Zehnpfennigstück:	„jawohl hier in der Tasche — man hat da so — ich kann das jetzt nicht finden.“
Zwanzigmarkstück:	(lacht): „jawohl, das würde mich sehr freuen — nun ja — eine — ich weiß es schon.“
Schreibfeder:	„das scheint mir hier eine Limme zu sein.“
Was ist denn eine Limme?	„zu schreiben als wenn man mit ein Vogelei schickt —“
Lineal:	„eine entgegengesetzte Linie, die ge- brauche ich auch zu meiner Arbeit, wenn ich schreiben muß.“

9. Dezember 1903.

Brille:	„ich möchte am liebsten Bürtzschickel sagen“
Zange:	„ein Zugriem, etwas für Zimmerleute.“

Nagel:	„das gehört auch daher, — — ich weiß schon, das ist mir entfallen.“
Messer:	„Meßmarke“ (macht ärgerlich mit der Hand die Bewegung des Schneidens).
Wandkalender:	„Boxblatt, kann man so runterreißen.“
Tintenlöscher:	„zum Drücken — zur Schrift — daß es trocken sitzt.“

11. Dezember 1903.

Schere:	„das ist ein Ringer.“
Zwiebel:	„Bolle.“
Thermometer:	„Thermometer.“
Taschenmesser:	„eine Birke, auch so zum Heraus-schneiden“ (spricht das Wort dann richtig nach).
Krawatte:	(zeigt nach der Halsgegend, nickt): „da gebe ich drauf Antwort, zum Umbinden, ein Seidewickel.“
Kleiderbürste:	richtig.
Knopf:	richtig.
Stück Zucker:	„ein Tüterken — jawohl, das ist etwas für Kinder.“
Glastrichter:	„solch ein Dings zum durchgießen ... ein Winkel.“
Streichholz:	„das war doch eben hier noch ein Feuerstrich.“

Am 14. Dezember 1903 bezeichnete er dann alle ihm vorgelegten Gegenstände richtig.

Fall II.

Der Gastwirt G. wurde am 29. März 1904 auf Grund eines kreisärztlichen Gutachtens wegen chronischen Alkoholismus und deliranter Erscheinungen in die Anstalt aufgenommen.

Er zeigt Rötung des Gesichts, Injektion der Konjunktiven, Zittern der Hände und der Zunge, er schwitzt stark. Die Motilität ist sonst frei, es besteht eine Analgesie des ganzen Körpers, Pupillen-Lichtreaktion ist vorhanden, die Zunge weist mehrere Bißnarben auf, in der Rückengegend eine zweimännerhandgroße Narbenstelle. Die Reflexe sind ohne Besonderheiten. Im Urin ist Eiweiß.

Der Kranke weiß, daß er sich in Dalldorf befindet, zeitlich ist er aber nicht orientiert. Er erkennt bald seine Umgebung und hält die Pfleger für Studenten. Er hat Sinnestäuschungen des Gesichts, die des Nachts an Heftigkeit zunehmen. Mäuse wimmeln auf dem Boden, schwarze Männer liegen unterm Bett, andere klemmen sich zur Tür herein. Dabei bestehen keine Suggestionshalluzinationen, bei Druck auf die Augäpfel hat er nur

elementare Lichterscheinungen. Es fehlten das Umherwühlen im Bett, die Beschäftigungsdelirien und ähnliche Erscheinungen des typischen Alkohol-deliriums völlig, die Aufmerksamkeit des Kranken war etwa so, wie bei einem Alkoholhalluzinanten. Dieser deliriöse Zustand dauerte fünf bis sechs Tage, dann besserte sich das Zittern und die Stauungserscheinungen, ein kritischer Schlaf stellte sich nicht ein, noch acht Tage lang traten nachts schwere Träume, Flockensehen und Angstgefühle auf. Am dritten Tage des Deliriums hatte er nachts einen kurzen Krampfanfall mit Zungenbiß und nachfolgender Amnesie. Am zwölften Tage nach der Aufnahme kann er aufstehen, hat an das Delirium eine gute summarische Erinnerung und wird nach sechswöchentlichem Aufenthalt entlassen.

Anamnestisch ergab sich, daß der Kranke aus sehr belasteter Familie stammte, seine Mutter litt an schweren hysterischen Krämpfen, fünf andere Blutsverwandte waren geisteskrank, zwei davon in Dalldorf. Er selbst war seit dem siebzehnten Jahre mit epileptischen Krämpfen behaftet; beim ersten Anfall zog er sich eine tiefe Verbrennung des Rückens zu, vor sechs Jahren fiel er beim Anfall vom Kutscherbock und wurde ohne Besinnung mit einer Kopfverletzung nach Hause gebracht. Schwere Anfälle traten in der letzten Zeit seltener auf, häufig aber Absenzen und Schwindelzustände. Dabei nahm der Kranke seit zehn Jahren sehr viel Alkohol zu sich, täglich zwanzig bis dreißig Glas Bier, dazu noch Portwein, Kognak und Wein. Seit Jahren schon hatte er zeitweise nächtliche Delirien und Angstzustände. Seit drei Monaten konnte ihn die Ehefrau nicht mehr allein lassen, jede Nacht sah er Gestalten, hörte klingeln und knallen, blieb vor Angst ganze Nächte lang auf einem Stuhl mitten im Zimmer sitzen. Dabei verharrte er bei seinem Alkoholmißbrauche. Über die Sprachstörung, die, wie weiter unten beschrieben werden soll, auch mit diesem Delirium verbunden war, sagten die Angehörigen spontan nichts aus, auf Befragen erzählten sie dann, daß er allerdings seit mehreren Wochen, als die Delirien heftiger wurden, oft die Worte nicht fand, sich durch Zeichen verständlich machte, in Geschäften auf die Dinge, die er kaufen wollte, ungeduldig mit dem Finger zeigte und sie durch allgemeine Ausdrücke „Dings“, „Sache“ umschrieb.

Was nun unsere Beobachtung über diese Sprachstörung betrifft, so zeigte sich gleich am ersten Tage dasselbe auch hier; es fehlten ihm viele Worte, meist Hauptworte, die er auf das Umständlichste zu umschreiben versuchte oder durch Gebärden ausdrückte. Paraphrasische Bildungen kamen dabei fast niemals vor. Das Sprachverständnis war erhalten, Aufforderungen befolgte er schnell und richtig, ebenso war die Fähigkeit nachzusprechen erhalten, nachschreiben konnte er, bei der spontanen Schrift läßt er mehrfach Silben aus. Das Lesen gelang ziemlich gut, doch verlas er sich mehrmals. Am fünften Tage seines Aufenthaltes, als die Delirien nachließen, trat nun auch eine Besserung der Sprachstörung ein, die, wie die folgenden Protokolle zeigen werden, so auffallend war, daß bei der Untersuchung mit vorgezeigten Gegenständen nur ein einziges Wort fehlte, während alle andern

richtig bezeichnet wurden. Wenige Tage später bezeichnete er alle Gegenstände richtig.

Während der Tage, an denen er stark delirierte, finden sich z. B. in den Protokollen folgende Antworten: (er benennt Gegenstände)

Tintenlöscher: „das ist eine Holzplatte — hab ich bei mir zu Hause auch — man nimmts zum Schreiben“ (macht die Gesten, findet die Bezeichnung aber nicht).

Bürste: „zum Schauern.“

Wie nennt man es denn? „Borsten“ (nimmt es in die Hand, dreht es oft herum, dann: „Borsten zum Schauern“).

Wandhaken: „Das weiß ich nicht“ — „Eisen“ (findet das Wort nicht).

Würfel: macht sofort die entsprechende Bewegung: „zum Trudeln — im Becher“ (findet das Wort nicht).

Tintenfaß: „Tinte — Schreiben — das Ganze ist zum Schreiben — Schreibzeug“ (findet den Namen nicht).

Glas mit Wasser: „Wasser — hier drin.“

Wie nennen Sie denn das Ganze? „Ein Topf.“

Telephon: „da werd ich mal meine Frau rufen — —, lassen Sie man, ich werde es gleich sagen — — ein Apparat“ (findet das Wort nicht).

Wie heißt es? „Ich weiß nicht anderes . . . ein . . . ich hab's auf der Zunge.“

Taschenuhr: „von Silber —, ich habe Gold — Tasche — —.“

Portemonnaie: „Fürs Geld.“

Wie heißt es denn nun? „Das ist auch verschieden.“

Was ist das nun? „Eine Tasche.“

Bekommt dann ein anderes Portemonnaie, sagt dabei richtig: „da fehlt hinten.“ (Bei dem ersten war hinten eine kleine Tasche aufgenäht, die beim letzten fehlt.)

Taschenspiegel: Ergreift ihn freudig, besieht sich, streicht sich den Bart, sagt „Tasche“ (macht die Bewegung des Einsteckens).

Kleines Sieb mit Henkel: „zur Bouillon.“

Was ist es denn? „zum Anhängen und Bouillon durch, Tee — ein kleiner Gegenstand.“

Schlüssel:	macht die charakteristische Bewegung: „Hausaufschließen.“
Wie nennt man's denn?	„Na — zum Hausaufschließen — —.“
Stempel:	Macht sofort die richtige Bewegung. sagt: „das habe ich auch — Namen — (bringt das Wort nicht heraus).“
Notizbuch:	„das ist von Leder“ (schlägt es auf, macht die Bewegung des Schreibens, kann aber den Namen nicht finden).
Abreißkalender:	„Pappe, das schneidet man sich allein zum Abreißen (macht die Bewegung richtig vor, weiß nicht wie es heißt).
Ist es ein Tintenwischer?	„Nein, gar nicht.“
Ist es ein Notizbuch?	„Nein.“
Ist es ein Abreißkalender?	„Ja,“ (spricht das Wort richtig nach) „daran habe ich nicht gedacht.“
Streichholz:	„zum Anstreichen (macht die richtige Bewegung) ich muß mich erst be- sinnen, wie man das nennen soll.“ Sagt dann: „ach, die sind ja in der Schachtel (buchstabiert dann unter deutlich sichtbarem, müh- samen Nachdenken den Namen: „Streichholz“.
Laterne mit Licht:	„Ein Transparent“ (macht eine Reihe von Gestikulationen, welche die Bedeutung zeigen sollen) „vorne am Restaurant“ (kommt auf den Namen nicht).
Es wird ihm ein Schlüsselbund vor- gehalten:	Sieht es eine Zeitlang an, denkt nach und sagt: „Nun ja, es ist doch zum Schließen ein ein Bund eine ganze Masse“ (findet die richtige Bezeichnung nicht).
Zigarre:	macht sofort die Bewegung des Rauchens, nickt verständnisvoll, lacht: „zum Rauchen . . . das hat doch einen Namen — das ist doch eine Sache, die hat man alle Tage.“

- Zahnbürste:** „Borsten . . . Horn . . . na . . . zu den Zähnen“ (findet den Namen nicht).
- Gummiball:** „zum Spielen für Kinder“ (macht die richtige Bewegung mit den Händen)
„Gummi ich finde das nicht.“

Daneben kamen aber auch wieder halbrichtige und richtige Reaktionen vor, doch befanden sie sich bei weitem in der Minderzahl. Messer, Bleistift, Handschuh, Brille, Wachlichtchen, Löffel bezeichnete er richtig. In anderen Fällen drückte er sich immerhin ungewöhnlich aus; bei einem Propfenzieher, den er durch eine Bewegung sofort richtig charakterisiert, sagt er schließlich nach langem Suchen: „Flaschenaufzieher“.

Am Tage, an welchem das Delirium überwunden war, bezeichnet er von vierzehn Gegenständen alle richtig, nur daß er den Ausdruck „Stimmgabel“ nicht finden kann, sondern ihn umschreibt: „zum Tonangeben im Gesangsverein“.

Ein ähnliches Ergebnis hatte die Untersuchung am folgenden Tage, doch war es immer noch auffallend, daß der Kranke zuerst durch eine charakteristische Bewegung den Gegenstand bezeichnete, um dann erst das dazu gehörige Wort zu finden, welches er sich sozusagen vorbuchstabieren mußte. Wenige Tage später ist dann aber auch diese Erscheinung zurückgetreten und der Kranke bezeichnet sämtliche Gegenstände, die ihm vorgelegt werden, sofort richtig.

Fall III.

Der Dachdecker August F. kam durch die Polizeiwache zur hiesigen Anstalt, er war beim Betteln aufgegriffen und auf der Wache sehr erregt geworden, so daß er sich eine Verletzung am Kopfe zuzog. Bei seiner Aufnahme schwitzte er stark, zeigte die gewöhnlichen Stauungserscheinungen der Alkoholisten, die stark belegte Zunge wies am Rande mehrere tiefe Einkerbungen auf. Er war nicht orientiert, glaubte in einer Schule zu sein, nannte das Datum falsch, konnte aber über seine Personalien eine Reihe Aussagen machen, die sich später als richtig erwiesen. Er hatte zahlreiche Sinnestäuschungen des Gesichtes und des Gehörs, er sah Mäuse, Katzen und Ratten; hörte Geräusche, Pfeifen, Schießen und ähnliches. Die motorische Unruhe war dabei eine sehr geringe, das Händezittern verhältnismäßig unerheblich. Dieser Zustand dauerte fünf Tage an, wobei die deliriösen Erscheinungen in den letzten Tagen nur noch des Nachts auftraten. Das Eiweiß, welches sich zu Anfang im Urin gezeigt hatte, verschwand dann wieder, und der Kranke konnte nach zehn Tagen das Bett verlassen. Die Anamnese ergab, daß eine recht erhebliche erbliche Belastung vorlag, von den zwei Schwestern die eine geisteskrank, die andere epileptisch war, während vier andere Geschwister klein, meist an Krämpfen, starben. Der Kranke selbst hat fünfmal in seinem Leben schwere Krampfanfälle gehabt

meistens mit Zungenbiß oder kleinen Kopfverletzungen; den letzten vor einem halben Jahre. (Eine Aura besteht nicht, doch will er mehrmals nach den Anfällen verwirrt gewesen sein.) Recht erheblichen Alkoholmißbrauch gibt er zu, 30 bis 40 Pfennig pro Tag. Auch er zeigte hinsichtlich seiner Sprache dieselben Störungen wie die beiden oben angeführten Kranken. So lange wie deliriöse Zustände bei ihm vorhanden waren, war es ihm nicht möglich, eine Reihe Gegenstände, die ihm vorgelegt wurden, zu benennen; er nannte sie entweder falsch oder wählte eine Umschreibung dafür. aus der hervorging, daß er den Gegenstand zwar richtig erkannt hatte, aber nicht benennen konnte. Das Nachsprechen war ungestört, die Schrift konnte nicht geprüft werden, da er sich weigerte zu schreiben. Beim Lesen trat gelegentlich Verlesen auf: statt „Bäder und Sommerfrischen“ liest er: „Bäcker und Samariter“. Gegenstände benennt er während seines Deliriums:

Spiegel:	„so ein Dings“ (nimmt's in die Hand sieht hinein) „so ein Glasding zum Kieken.“
Korkzieher:	„jawohl zum Trinken, ein Stecher.“
Zigarrenspitze:	„gelb, gelbes Stück.“ (macht die Bewegung des Rauchens, zuckt die Achseln, wendet sich ab).
Tintenflasche:	nickt zuerst, sagt: „zum Kartenschreiben“ (findet schließlich das Wort nicht).
Taschenmesser:	besieht es lange, runzelt die Stirn. sagt schließlich wie suchend: „ein . . . ein Abschneider“.
Streichholzschachtel:	gebraucht sie richtig, benennt sie mit völlig unverständlichen Worten.
Uhrkette:	zeigt durch eine Bewegung, wo sie hingehört, sagt dann „Strippe“.

Dazwischen gibt er auch einige richtige Antworten, wie: Seife, Kamm, Barbierpinsel; andere halb richtige: einen Nähring nennt er Bleiring, eine Schnupftabaksdose: Schnupftabakskasten. Mehrmals nennt er falsche Bezeichnungen, die von einer besonders sinnfälligen Eigenschaft des betreffenden Gegenstandes genommen sind. Den geschüttelten Schlüsselbund nennt er „Klingler oder Klingel“, eine Flußmuschel, die zufällig hin und her wippte, bezeichnet er nach langem Hinstarren und Suchen mit dem Ausdruck „Schaukel“. Nach Verlauf von fünf Tagen bezeichnet er dann sämtliche Gegenstände richtig, Korkzieher als Propfenzieher, die Muschel als See-muschel usw.

Beim Vergleichen dieser drei Fälle läßt sich eine derart ausgesprochene Ähnlichkeit erkennen, daß es berechtigt erscheint, eine Gesetzmäßigkeit als Ursache dieser Gleichförmigkeit anzu-

nehmen. Wenn man nun also die Behauptung aufstellen würde, daß die hier beschriebene Aphasie in derselben Weise ein Symptom des eigenartigen deliriösen Prozesses sei, wie die Sinnestäuschungen etwa und das Eiweiß im Urin, so würde in erster Linie eingeworfen werden können, daß diese Aphasie mit dem Delirium nur mittelbar etwas zu tun habe, daß sie das Primäre, das Delirium aber etwas Sekundäres sei. Eine Blutung oder Erweichung im Gehirn habe die Aphasie verursacht, zugleich aber als Trauma gewirkt und das Delirium nach sich gezogen. Es ist unbestreitbar, daß etwas Derartiges nicht selten vorkommt. Dem wäre aber entgegen zu halten: Eine Blutung, die stark genug wäre, daß sie als Trauma und deliriumauslösend wirken könnte, müßte zugleich so erheblich sein, daß wenigstens ein paar Tage lang ein viel schwererer, mit heftigen Allgemeinerscheinungen von seiten des Gehirns einhergehender Zustand hätte bestehen müssen, es hätten irgendwelche Lähmungen des motorischen Apparates vorhanden sein müssen. Dies alles war aber in unseren Fällen nicht vorhanden, weder sind in der Anstalt schwerere zerebrale Allgemeinerscheinungen beobachtet, abgesehen von einer geringen und konstanten Facialisschwäche bei einem der Kranken, noch kam wenigstens bei den beiden ersten Fällen etwas Derartiges zu Hause vor; wegen ihrer allmählichen Erkrankung erfreuten sich die Beiden nämlich zufällig zu Hause einer besonders sorgfältigen Aufsicht und Pflege. Auch würde, falls die Aphasie das Primäre gewesen, die Heilung der Sprachstörung nicht immer gleichzeitig mit dem Ende der Sinnestäuschungen eingetreten sein, wie bei unseren drei Kranken.

Ein weiterer Einwurf könnte gegen die Aphasie selbst gerichtet sein. Man könnte die Meinung aussprechen, daß die Aphasie insbesondere das Nichtbenennenkönnen der Gegenstände bei diesen Kranken nur eine scheinbare sei und sich auf eine einfache Weise erkläre: durch Verkennung, durch Illusionen oder Halluzinationen, durch das bei Delirien fast stets vorhandene Versprechen, oder schließlich gar durch ein Unvermögen der peripheren Apparate durch Amblyopie.

Um zuerst auf dies letzte einzugehen, so muß zugegeben werden, daß gelegentlich Asymbolien bei Deliranten beobachtet

wurden, die sich bei genauerem Zusehen, in diesem Falle bei einer genauen Prüfung des peripheren optischen Apparates, zu einfachen Alkoholamblyopien verflüchtigten. Somit mußte auch bei unseren Fällen auf eine Feststellung der Sehschärfe und der optischen Funktionen in erster Linie Gewicht gelegt werden. Es ergaben sich keine Gesichtsfeldausfälle, es bestand geringe Presbyopie in zwei Fällen, im dritten mäßige Myopie. Die Sehschärfe war bei allen drei Kranken eine volle oder annähernd volle.¹⁾ Schon aus dem Umstande, daß sie ziemlich kleine Buchstaben und Zahlen richtig lesen konnten, geht hervor, daß nicht eine Sehstörung den aphasischen Zustand verursacht habe. Noch sicherer läßt sich dies aber feststellen, wenn man sich erinnert, wie hartnäckig die Gegenstände, die nicht benannt werden können, umschrieben werden und wie auffallend es ist, daß die Benutzung der nicht benannten Gegenstände so oft richtig angegeben wird. Übrigens änderte es nichts an den Antworten der Kranken, wenn sie die Gegenstände mit einer entsprechenden Brille betrachten konnten. Das wurde mehrfach festgestellt.

Der Einwurf, daß Illusionen und Halluzinationen einen wesentlichen Anteil an den falschen resp. versagenden Antworten haben könnten, wird durch denselben Umstand, daß richtig umschrieben wird und die Benutzung richtig gezeigt wird, entkräftet. Ganz vereinzelt kommt ja allerdings einmal eine Reaktion, die auf Illusion zurückgeführt werden könnte; so nennt Fall II einmal einen Schlips „eine Puppe“, einen Bleistift „Federhalter“. Daß selten einmal eine derartige Verkenntung vorkommt, ist leicht verständlich; aber keineswegs genügt dies, um die aphasische Störung hervorzurufen, an der unsere Kranken litten.

Was endlich das Versprechen der typischen Deliranten betrifft, so findet es sich bei Fällen von Delirien, die eine so gute Aufmerksamkeit zeigen wie die drei angeführten Kranken, überhaupt nur in geringem Grade und betrifft Silben und Buchstaben mehr als ganze Worte. Aber auch hier ist wieder von entscheidender Bedeutung, daß unsere Kranken umschrieben und durch Handbewegung andeuteten, daß sie es richtig meinten, aber nicht sagen konnten.

¹⁾ Die spezialistische Untersuchung verdanke ich Herrn Privatdozent Dr. Levinsohn.

Ein weiterer Beweis dafür, daß nicht einzelne oder etwa alle diese eben besprochenen Möglichkeiten zusammen wirkten, um das Bild einer Aphasie vorzutauschen, liegt darin, daß diese Störung selbst Erscheinungen darbietet, die von einer wohlbekannten und oft beschriebenen Aphasieform nicht abweichen. Das spontane Sprechen ist gestört, es fehlen Worte, während die Kranken genau wissen, was sie sagen wollen und die Bedeutung eines Gegenstandes durch Gesten z. B. deutlich machen können. Ebenso ist bei zweien der Fälle die spontane Schrift paraphasisch, die Weigerung des Dritten, zu schreiben, mag vielleicht Zeichen mißlungener Versuche sein. Nachsprechen gelingt dagegen vollständig, ebenso Nachschreiben, das Lesen ist, abgesehen von gelegentlichem Versprechen, auch gut, das Verständnis für das Gelesene vorhanden. Diese Störung ist somit als eine unvollständige transkortikale motorische Aphasie *Wernickes*, als amnestische Aphasie *Kußmauls*, als Sprachbildvergessenheit *Ballets* aufzufassen. Das Sprachverständnis ist vollständig erhalten. Die Kranken sind nicht asymbolisch, denn es gelingt nicht, sie zum richtigen Benennen eines Gegenstandes zu bringen, wenn man ihnen diesen durch andere Sinnesgebiete, etwa Tastsinn oder Gehör, zugänglich macht. Die drei Fälle sind ihrer Schwere nach geordnet, bei dem ersten zeigt sich neben der Unfähigkeit, die Worte zu finden, eine recht ausgesprochene Paraphasie, einen Tag lang sogar Andeutungen von motorischer Asymbolie, von Apraxie, der zweite und dritte Fall sind unvollständige, aber reine transkortikale motorische Aphasien, der zweite schwerer als der dritte.

Wird nun also einmal zugegeben werden müssen, daß die Aphasie wirklich Ausdruck desselben Krankheitsprozesses ist, der auch die Sinnestäuschungen und die anderen deliriösen Erscheinungen hervorgebracht hat, so entsteht die weitere Frage, welcher klinischen Art diese Delirien angehören. Aus der Anamnese und der Betrachtung des ganzen Verlaufs geht hervor, daß Alkoholmißbrauch und Epilepsie an der Entstehung mitgearbeitet haben können. Soll nun vielleicht der Alkohol allein diese Zustände bewirkt haben? Dafür sprechen verschiedene Umstände; die Anamnese läßt bei allen drei Kranken bis zum Ausbruch des Deliriums einen recht erheblichen Alkoholmißbrauch

feststellen; daß dagegen epileptische Anfälle kurz vorangegangen wären oder während des Deliriums sich gezeigt hätten, läßt sich nur bei Fall II nachweisen, der in unserer Anstalt einen kurzen Krampfanfall hatte, während bei den beiden anderen Fällen etwas Derartiges nicht vorgekommen zu sein scheint. Weiterhin sprach die Eigentümlichkeit der Sinnestäuschungen für Alkoholismus. In allen drei Fällen bestanden vorwiegend Tiervisionen. Die Dauer der deliranten Erscheinungen ist von der der reinen Alkoholdelirien kaum verschieden gewesen, und auch die Erscheinungen von seiten des Herzens und der Nieren waren dieselben wie beim Delirium tremens. Gleichwohl glaube ich, daß man trotzdem den Alkoholmißbrauch allein für die Geistesstörung unserer drei Kranken nicht verantwortlich machen kann. Während es schon gewisse Eigentümlichkeiten des Verlaufs zweifelhaft erscheinen lassen, fällt eine andere Tatsache schwerer ins Gewicht. Ich habe eine erhebliche Reihe von reinen Alkoholdeliranten einer Aphasieprüfung unterworfen. Läßt man ihn Gegenstände benennen, so verspricht sich der mit Delirium tremens Behaftete gelegentlich, bezeichnet aber die Gegenstände entweder prompt richtig, meist mit einer humoristischen Wendung, oder illusioniert im Sinne seiner Visionen, nennt ein Tintenfaß eine Maus und einen Propfen ein Radieschen. Das eine läßt sich jedenfalls feststellen: ist bei einem reinen Alkoholdelirium die Besonnenheit und die Aufmerksamkeit verhältnismäßig wieder so gut wie bei unseren drei Kranken, so benennen sie immer richtig. Kann somit Alkohol allein nicht verantwortlich gemacht werden, so ist es andererseits gleichfalls ausgeschlossen, daß Epilepsie allein diese Zustände bewirkt habe. Abgesehen von den Angaben der Anamnese muß hervorgehoben werden, daß der ganze Eindruck dieser Psychosen nicht der rein epileptischer Delirien war, der Bewußtseinszustand war ein erheblich höherer, nach Ablauf des Deliriums bestand eine recht gute Erinnerung an die Vorgänge während der Krankheit. Weiterhin fehlte der charakteristische Affekt, ferner Größenideen und Wahnideen religiöser Färbung, auch fällt das Auftreten und Verschwinden des Eiweißes im Urin als Beweis einer Mitwirkung des Alkohols ins Gewicht. Daß aber die Epilepsie am Zustandekommen dieser

eigentümlichen Formen beteiligt war, wird wahrscheinlich gemacht, wenn man sich an die auffallenden aphasischen Störungen erinnert, die gelegentlich sich kurz nach dem epileptischen Anfall zeigen können, und auf die *Pick* meines Wissens zuerst aufmerksam gemacht hat. Darauf möchte ich weiter unten noch näher eingehen. Jedenfalls machen die vorangehenden Erwägungen es in hohem Grade wahrscheinlich, daß Epilepsie und Alkoholismus bei unsern Fällen in eine gewisse Wechselwirkung getreten sind und diese Psychosen als Mischformen, als epileptisch-alkoholische Delirien anzusprechen sind.

Derartige vorübergehende Aphasien sind bei Intoxikations- resp. Infektionsdelirien keineswegs sehr selten. Wir finden sie bei den urämischen Verwirrheitszuständen, wie es von *Rose* und *Baginski* beschrieben wurde. Sie zeigt sich weiterhin bei Pneumonie und bei Scarlatina. Ähnliches hat auch *Ballet*, der Verfasser der „innerlichen Sprache“, an sich selbst nach einer sehr erheblichen Nicotinintoxikation wahrgenommen und in seinem Buche höchst anschaulich beschrieben.

Sind auch solche Beobachtungen für uns wichtig, schon um sie mit unsern Fällen zu vergleichen, so liegt aber eine andere Frage uns noch erheblich näher, ob nämlich bei den alkoholischen und epileptischen Delirien eine derartige wohl charakterisierte Aphasie schon vorher beschrieben sei. Um zuerst mit den alkoholischen Delirien zu beginnen, so ist es allerdings auffallend, daß bei dem unabsehbaren Material, das vorliegt, meines Wissens nur ein einziges Mal eine hierher gehörende Beobachtung veröffentlicht wurde. In seiner Arbeit zur Kenntnis der Alkoholdelirien stellt *Bonhoeffer* den Satz auf, daß „bei manchen selteneren Formen der durch chronischen Alkoholmißbrauch herbeigeführten akuten zerebralen toxischen Erkrankungen sich gelegentlich innerhalb der Allgemeinerscheinungen lokalisierbare, auf bestimmte Rindenterritorien hinweisende klinische Symptome nachweisen lassen, die sich durch große Vielgestaltigkeit und durch die Eigentümlichkeit auszeichnen, daß sie mehr oder weniger rasch der Restitution zugänglich sind.“ Um diesen Satz zu stützen, beschreibt *Bonhoeffer* zwei Fälle, die nach vorausgegangenen Krampfanfällen beide zunächst ein zwei Tage lang dauerndes schweres zerebrales

Bild mit Benommenheit, Jactation, Deviation des Kopfes, Zwangsdrehungen um die Längsachse und hoher Temperatur darboten. Während dabei der eine Fall nur kortikale Symptome von seiten des Motoriums zeigte, bestand bei dem zweiten Fall daneben auch Paraphasie. In beiden Fällen entwickelte sich am dritten Tage ein charakterisches Alkoholdelirium, während die kortikalen Symptome bestehen blieben. Am achten und neunten Tage schloß dieses Delirium dann mit einem kritischen Schlaf ab und die kortikalen Symptome verschwanden zugleich mit den deliriösen Erscheinungen. Wenn auch der zweite Fall *Bonhoeffer* durch das gleichzeitige Bestehen und Abklingen der Paraphasie und des Deliriums eine gewisse Ähnlichkeit mit unseren Beobachtungen hat, so sind gleichwohl die Unterschiede sehr erheblich. Von einem schweren, mit hohem Fieber, Benommenheit usw. einhergehenden zerebralen Allgemeinzustand ist bei unseren Fällen nichts zu spüren. Im Gegenteil führte ich dies Fehlen eines schweren Allgemeinzustandes gerade differentialdiagnostisch gegen Apoplexie ins Feld. Ebenso ist auch der Verlauf ein anderer, bei unserm Kranken dauert, wenn man die Anamnese mit berücksichtigt, der deliriöse Zustand wesentlich länger, ist aber weniger heftig, auch fehlt der kritische Abschluß. Besonders bemerkenswert ist aber die Tatsache, daß auch in den *Bonhoeffer*'schen Fällen die Psychose durch einen Krampfanfall eingeleitet wird. Dies regt die Frage an, ob denn bei den epileptischen Verwirrheitszuständen und Delirien etwas Ähnliches beobachtet wurde. Die im Zusammenhang mit Epilepsie auftretenden Sprachstörungen wurden von *Räcke*, *Heilbronner* und *Bischof* bearbeitet; dieser Autor hebt hervor, daß es sich häufig dabei um *Jacksonsche* Epilepsie handelt, daß in anderen Fällen dauernde rechtsseitige Lähmungen bestehen. Als rein funktionell entstanden faßt er „nur die allgemeinen, motorischen und sensorischen Aphasien auf, die häufig mit Seelenblindheit oder rechtsseitiger Muskeler schlaffung verbunden, unmittelbar nach den Anfällen auftreten“. Ich finde in dieser Literatur keine Beobachtung, die so große Ähnlichkeit mit den Störungen unserer drei Kranken aufwies, wie die folgende, die ich in aller Kürze anführen möchte.

Ein Kranker, der sich noch jetzt in unserer Anstalt befindet, leidet an sie. Er war zugleich dem Alkoholmißbrauch ergeben und wurde drei- der Charité wegen Delirium potatorum behandelt, das anscheinend verlief. In unserer Anstalt wurden mehrmals Krampfanfälle bei ihm tötet, nachdem er wegen eines heftigen Erregungszustandes überführt war. Daneben traten kürzere Dämmerzustände auf. Einen dieser de, mehrere Monate nach seiner Aufnahme, konnte ich von Anfang Ende beobachten. Nach einem kurzen ohnmachtsähnlichen Anfall, t Blässe des Gesichts einherging, antwortete der Kranke etwa 10 Minuten auf alle an ihn gerichteten Fragen monophasisch: „das ist auch so“, verhielt er sich bei vorgelegten Gegenständen. Wieder 10 Minuten als er schon ganz orientiert war, seine Umgebung richtig erkannte, tete er, als ihm z. B. ein Rasierpinsel gezeigt wurde, nachdem er die ungen richtig vorgemacht: „ein kleines . . . ein Bukett nicht aube, daß ich nicht drauf kommen werde“. Bei einem Pfeifenabguß e er: „das ist Rauch, vom Rauchen, von der Rauchpfeife, das ist das eil“. Einen Schlips bezeichnet er als „um den Hals eins“. Dabei er richtig vor, befolgt mehrere Aufforderungen richtig und konnte, als 10 Minuten verflossen waren, sämtliche Gegenstände richtig benennen. fehlte am folgenden Tage jede Erinnerung an den Anfall und daran, r die vorgelegten Gegenstände nicht habe benennen können.

Die Ähnlichkeit dieses Zustandes mit der aphasischen ung, die unsere Kranken darboten, ist sehr auffallend. Es ten Gegenstände, deren Bedeutung durch Gesten angezeigt die richtig umschrieben wurden, nicht benannt werden, u wie in unseren Fällen, während das Nachsprechen und Lesen frei waren. Von einer Prüfung der Schrift mußte n der Flüchtigkeit der Erscheinungen abgesehen werden. chwohl muß auf das Symptom der vollständigen Amnesie, hes bei diesem Epileptiker bestand, besonders Rücksicht ommen werden. Unsere drei Kranken hatten nachher eine r minder gute Erinnerung an die Erlebnisse ihrer Delirien, esondere an die Prüfung mit den Gegenständen. Man könnte der Betrachtung der epileptischen Aphasien folgenden Gesichts- kt für eine theoretische Beurteilung der transitorischen Aphasien unsern drei Deliranten gewinnen: keineswegs läßt sich bei n epileptischen Dämmerzuständen in der Lösungszeit eine urtige Sprachstörung nachweisen; meistens geht die Phase Monophasie, des stereotypen „ich weiß nicht!“ ohne Über- g in den normalen Zustand der Sprache über; es scheint

also, daß der Epilepsie erregende Prozeß in manchen Fällen die betreffenden Sprachgegenden mehr angreife, in manchen weniger. Es ließe sich nun denken, daß bei solchen epileptischen Individuen, bei denen sich wirklich eine derartige Aphasie zeigt, die Sprachgegend des Gehirns durch das unbekannte Gift der Epilepsie eine derartige Schädigung erfahren habe, daß sie nun auch anderen Angriffen gegenüber sich besonders widerstandsunfähig erweise. Würde also ein derartiger Kranker von einem Alkoholdelirium befallen, so würde die geschwächte Stelle mit in erster Linie außer Funktion gesetzt, folglich neben den Erscheinungen des Alkoholdeliriums die aphasische Störung sich zeigen und mit dem Verschwinden jener auch selbst zurücktreten.

Es bleibt nur übrig, noch einmal diejenigen Symptome, welche diese drei Deliriumfälle gemeinsam hatten, in Kürze hervorzuheben; dabei kann ich mich, was die Zeit vor der Aufnahme in die Anstalt betrifft, nur auf die beiden ersten Beobachtungen stützen, die eine sehr gute Anamnese ergaben, während der letzte erst von der Stunde der Aufnahme ab verwendbar wird.

Der Beginn ist ein allmählicher. Langsam im Verlauf einiger Wochen steigern sich die deliriösen Erscheinungen. parallel damit geht eine langsame Entwicklung der aphasischen Störung. Auf der Höhe des Deliriums bestehen neben transkortikaler motorischer Aphasie bewegte Halluzinationen des Gesichts, meist Tiervisionen, doch auch Sinnestäuschungen des Gehörs, die Orientierung ist gestört. Dabei ist die Aufmerksamkeit eine verhältnismäßig gute, auch versinkt sie nicht so schnell wie beim typischen Alkoholdelirium. Suggestivhalluzinationen und Augendruckvisionen sind nicht hervorzurufen, ein Beschäftigungsdelirium zeigt sich nicht; die motorischen Erscheinungen sind überhaupt sehr gering. Während des Deliriums besteht eine gewisse latente Krankheitseinsicht. Im Urin ist Eiweiß nachzuweisen. Ohne kritischen Schlaf, fast so allmählich, wie es sich eingeschlichen, läßt das Delirium auch wieder nach; in demselben Verhältnis bessert sich auch die Sprachstörung. Nach Ablauf des Deliriums besteht eine recht gute Erinnerung an die durchgemachte Krankheit. In allen drei Fällen sind in der Anamnese Krämpfe verzeichnet, bei einem der Kranken wurde

gar einer während des Deliriums beobachtet. Alle drei zeigen sich frei von deutlichen arteriosklerotischen Veränderungen, poplektische Insulte und Lähmungen sind bei keinem nachzuweisen.

Die drei Beobachtungen fallen in den Zeitraum eines Jahres, in **Schluß** auf die Häufigkeit oder, besser gesagt, auf die Seltenheit dieses Zustandsbildes dürfte jedoch aus diesem Umstande noch nicht gezogen werden können.

Zur Kenntnis der Psychosen der Morphinum-abstinenz.

Zugleich ein Beitrag zur Ätiologie der Amentia.¹⁾

Von

Dr. F. Chotzen.

Daß das Morphinum bei chronischem Mißbrauch im Gegensatz zu anderen Giften keine eigentlichen Psychosen macht, darin stimmen die Autoren fast alle überein (*Lerinstein* (1), *Erlenmeyer* (2, 3), *Obersteiner* (4), *Heiberg* (5), *Deutsch* (6), *Wernicke* (7), *Kräpelin* (8), *Ziehen* (9) u. a.). Wo bei chronischen Morphinisten Geistesstörungen auftreten, da werden sie zumeist auf die komplizierenden gleichzeitigen Vergiftungen mit anderen Giften, insbesondere Alkohol, Chloralhydrat und Kokain zurückgeführt (*Jastrowitz* (10), *Erlenmeyer* (2, 3), *Kräpelin* (8), *Ziehen* (9) u. a.). In der Abstinenz dagegen entstehen Geistesstörungen; bei plötzlicher Entziehung nach Angabe aller Autoren fast regelmäßig, und zwar auch bei reinen Morphinisten. Der Ausbruch dieser Abstinenzpsychosen scheint an die Morphiumentziehung geknüpft zu sein: die Komplikationen kommen dafür weniger in Betracht, insbesondere nicht das jetzt wohl am häufigsten mit dem Morphinum kombinierte Kokain. Dieses soll bei der Abstinenz gar keine Symptome machen, während die chronische Intoxikation gerade ganz regelmäßig Geistesstörungen im Gefolge hat: es ähnelt, wie *Kräpelin* (8) hervorhebt, in dieser Beziehung am meisten dem Alkohol. Dagegen besteht hierin eine gewisse Gegensätzlichkeit zwischen ihm und dem Morphinum, die schon *Ziehen* erwähnt.

¹⁾ Aus der städtischen Irrenanstalt in Breslau (Primärarzt Dr. *Hahn*).

Die Formen der Geistesstörungen in der Morphinabstinenz entsprechen nicht dem wohlabgrenzbaren Bilde einer spezifischen Psychose, auch sind sie noch keineswegs genügend analysiert. Zumeist werden sie nach dem Vorgang von *Levinstein* (1) als Delirium tremens der Morphiumsucht bezeichnet. Es ist aber bei einer Übersicht über die Schilderung der in der Morphinabstinenz auftretenden Psychosen, welche die einzelnen Autoren geben, ohne weiteres ersichtlich, daß ganz verschiedene Zustände dabei vorkommen. Alle Autoren erwähnen Angstzustände, Depressionen und Tobsucht. Als ausgesprochene Psychose schildert *Levinstein* (1) sein Delirium tremens acutum: eine 6—12 Stunden nach der Entziehung eintretende Psychose, die mit Erregung, Unruhe, Umherlaufen, Weinen, Schreien beginnt; schließlich tritt unter der Einwirkung von schmerzhaften Sensationen und Halluzinationen Tobsucht ein, die etwa eine Stunde anhält, an sie schließt sich dann ein ruhigeres Stadium mit Halluzinationen aller Sinne außer Geschmack, und Wahnvorstellungen hypochondrischen Charakters. Die Kranken glauben gestorben zu sein, ihre Beerdigung gesehen zu haben, unterhalten Selbstgespräche mit abwesenden Personen. Starker Tremor, Muskelzucken, Nystagmus. Dauer kaum länger als 48 Stunden. Außerdem berichtet er von einer chronischen Form, auf die wir noch zurückkommen.

Erlenmeyer (2) erwähnt Delirien mit ruhigem und erregtem Allgemeinverhalten von meist kurzer Dauer. Die schwere Form beschreibt er ganz ähnlich wie *Levinstein*, Dauer einige Stunden bis einige Tage. Eine andere länger dauernde Psychose ist ein halluzinatorischer Verfolgungswahn, mit Halluzinationen des Gesichts und Gehörs, selten des Geruchs und Geschmacks, der monatelang anhalten kann, aber hauptsächlich bei Komplikation mit Alkoholismus vorkommen soll. *Jastrowitz* (10) erwähnt Angstzustände mit Aufregung, geringere oder stärkere Verwirrtheit mit Sinnes-täuschungen und vereinzelt Verfolgungs- und Beeinträchtigungs-ideen, welche, mehr abgerissen vorgebracht, delirienhaften Charakter tragen, nicht entfernt systematisiert sind. — Diese Delirien tragen wegen des Tremors eine starke Ähnlichkeit mit dem Delirium tremens, dieses hält jedoch länger an und geht mit tieferer Bewußtseinsstörung einher. Auch *Kräpelin* (8) erwähnt die Ähn-

lichkeit mit dem Delirium tremens; die Zustände dauern Stunden und Tage, nur in einem Fall betrogen sie mehrere Wochen.

Was diese Ähnlichkeit mit dem Delirium tremens der Alkoholisten betrifft, so scheint sie, wie schon obige Zusammenstellung erwarten läßt, hauptsächlich auf das äußere Verhalten gegründet zu sein, *Jastrowitz* schreibt direkt „wegen des Tremors“. Wenn nun auch genaue Analysen nicht gegeben werden, so sind doch die Unterschiede gegen das Alkoholdelirium auch aus den kurzen Schilderungen zu entnehmen. *Levinstein* glaubt allerdings die Bezeichnung nicht weiter rechtfertigen zu müssen, weil das Delirium tremens der Morphiumsucht „aus einer Reihe von Erscheinungen besteht, die fast alle Merkmale des alkoholischen Deliriums tragen“. Auch beziehen sich die Unterscheidungsmerkmale die er selbst anführt, mehr auf Verlauf und äußeres Bild: es sind neben der schon erwähnten kürzeren Dauer die, daß das Morphiumdelirium stets ein Abstinenzdelirium ist, daß der Tremor auf der Höhe des Deliriums sich nicht verliert, sondern zunimmt, daß Morphium in größeren Dosen eine kupierende Wirkung hat und endlich, daß sich an das Delirium tremens der Alkoholisten ein Collaps anschließen soll, der nicht selten tödlich endet, da bei dem Delirium tremens der Morphiumsucht ausfällt (?). In seiner Schilderung aber figurieren Geruchshalluzinationen und Wahnideen mit hypochondrischem Charakter, die doch dem typischen Bilde des Alkoholdeliriums gänzlich fremd sind. *Erlenmeyer* hält auch die Bezeichnung Delirium maniacale für zutreffender. *Jastrowitz* hebt die Verwirrtheit hervor mit Sinnestäuschungen und vereinzelten Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen. *Abraham* (11) gab eine genauere psychische Analyse eines Falles, an Grund dessen er als Unterschiede gegen das Alkoholdelirium anführt: die durchweg gehobene Stimmung, den meist lustvollen Inhalt der deliriösen Erlebnisse, die zum Größenwahn tendierende Alteration des Ichbewußtseins, bei im groben erhaltener Identität desselben; einen gewissen Grad von Krankheitseinsicht; das nur in den deliriösen Erlebnissen vorübergehend gefälschte, bei Fixierung des Kranken erhaltene Situationsbewußtsein; die normale Merkfähigkeit, die nahezu normale Aufmerksamkeit, die Fähigkeit zu guten assoziativen Leistungen. Die Psychose dauerte zirka zwöl

Tage, sah äußerlich dem Alkoholdelirium ähnlich, während im psychischen Bilde nach den obigen Unterscheidungen erhebliche Differenzen ihm gegenüber bestanden.

Nur kommen, wie *Kräpelin* einwendet, diese von *Abraham* hervorgehobenen Merkmale der Mehrzahl der Delirien der Morphinisten nicht zu. Es ist ja aber schon aus den Verschiedenheiten der Schilderung, insbesondere der mannigfach verschiedenen Dauer der Psychosen, ersichtlich, daß alle die Psychosen der Morphinumabstinenz keineswegs einheitlich zu betrachten sind und also auch nicht alle mit demselben Vergleichsobjekt in Beziehung gesetzt werden können. Wir werden die allerverschiedensten Zustände in der Morphinumabstinenz von vornherein erwarten müssen. Einmal sind es schon abnorme Personen, welche morphiumsüchtig werden, nach *Erlenmeyer* solche, die zu gewissen Neurosen und Psychosen disponiert sind, nach *Levinstein* nervöse Menschen. *Jastrowitz* erwähnt unter den für den Ausbruch von Abstinenzpsychosen prädisponierenden Momenten eine starke Veranlagung, welche bei jeder Krise Delirien setzt. Wo danach Depression, Zwangsvorstellungen und ähnliches der Entziehung folgten, da könne man mit Sicherheit annehmen, daß sie schon vor dem Morphinumgebrauch vorhanden waren, durch denselben unterdrückt und durch die Entziehung wiederum manifest wurden.

Es werden also einmal Erscheinungen der angeborenen Psychopathie auftreten. *Erlenmeyer* und *Jastrowitz* erwähnen hysterische Symptome als regelmäßige Erscheinung, ersterer schildert ganz hysterische Geistesstörungen, und auch *Kräpelin* sah einen ausgeprägten hysterischen Dämmerzustand mit Krämpfen während der Morphinumentziehung. Außerdem aber ist der reine Morphinummißbrauch sehr selten, es besteht zumeist daneben noch Mißbrauch von Chloral, Alkohol, Kokain oder Chloroform. Mit Ausnahme von Kokain können auch sie für den Ausbruch von Psychosen in der Abstinenz in Frage kommen und jedenfalls werden sie für die Form der auftretenden Störung nicht gleichgültig sein. Damit ist nicht nur eine große Mannigfaltigkeit von angeborenen und erworbenen psychotischen Erscheinungen gegeben, sondern vor allem auch durch ihre Mischung die Wahrscheinlichkeit sehr komplizierter und unklarer Psychosen. Auch der naheliegende

Vergleich mit dem Delirium tremens der Alkoholisten wird gewiß in manchen Fällen durch mehr als nur äußere Ähnlichkeit gestützt sein, bei komplizierendem Alkoholismus. Wir werden also selten reine Fälle zu Gesicht bekommen; Abweichungen vom Alkohol-delirium aber waren überall, wo genauere Beschreibungen gegeben wurden, vermerkt, zum Teil sehr erhebliche.

In letzter Zeit hatten wir nun Gelegenheit, kurz hintereinander bei zwei chronischen Morphinisten reine wohlcharakterisierte Psychosen zu sehen, die durchaus einem ganz bestimmten klinischen Bilde, nämlich der Amentia, unterzuordnen waren. Diese Beobachtung ist m. E. wohl nichts Zufälliges, sondern sie weist vielmehr darauf hin, daß die Analogie für die Psychosen der Morphiumabstinenz vielfach weniger beim Delirium tremens der Alkoholisten, als vielmehr bei der Gruppe der Erschöpfungs- und der verwandten Psychosen zu suchen sein wird, was für das Verständnis eines großen Teils dieser Psychosen aufklärender sein dürfte.

Die eine Psychose wurde hier in der Anstalt beobachtet:

Paul R., Apotheker, geboren 12. September 1874.¹⁾

Vater jähzornig. Mutter stark nervös, desgleichen Schwester. Patient selbst schildert sich als von jeher jähzornig und übelnehmerisch. Auf der Schule gut gelernt, leicht aufgefaßt, aber leichtsinnig und faul. In Prima abgegangen, Abiturientenexamen später gemacht. Drei Jahr Apothekerlehrling. Damals schon auf Anraten eines Kollegen eine Messerspitze Kokain, wenn er abgespannt ins Geschäft kam. Seit 1903 regelmäßig Narkotika, angeblich zuerst Kokain subcutan, dann kleine Dosen Morphium.

Mai 1903 wegen eines pathologischen Rausches in hiesiger Anstalt. nachdem er zwei Flaschen Kognak und 2 g Opiumtinktur innerhalb ganz kurzer Zeit zu sich genommen hatte. Damals gab er an, daß er schon lange Morphium und Kokain nehme, seit einem Monat aber nur noch Opium innerlich. hatte auch zahlreiche Stichnarben. Anfang 1904 größere Dosen Morphium subcutan, außerdem „zum Abgewöhnen“ Opium, und zwar reinen Opiumkuchen. Habe nie somatische Störungen oder Halluzinationen gehabt. Kokain nur hin und wieder genommen. Eine Zeitlang nahm er Opiumtinktur, angeblich 5 g fünf- bis sechsmal(!). 1906 wieder größere Dosen Opium pur. neben

¹⁾ Herr Privatdozent Dr. Schröder stellte mir in liebenswürdiger Weise private Notizen über den Kranken, sowie ein Literaturverzeichnis zur Verfügung, welche beide oben mitbenutzt wurden. Es sei ihm auch an dieser Stelle mein Dank ausgesprochen.

0.5 Morphinum sucutan. Dann Entziehungskur. Im Anschluß daran sei er krank geworden, er selbst kann über diese Zeit keine genauen Angaben machen. Schwester gab an, seit November 1906 sei Patient zu Hause, ohne Arbeit, nur mit Lesen beschäftigt. War sehr reizbar, sprach viel, hatte keine Ruhe. Sechs Wochen vor der Aufnahme hier verwirrt, sprach konfus, wurde zunehmend delirant, verkannte, hielt die Schwester für die Göttin Maja. Zuletzt sehr erregt, wollte fort, lärmte. In dieser Zeit kolossale Gewichtsabnahme, starker Kräfteverfall. War von den Ärzten aufgegeben, die nur noch wenige Tage Leben voraussagten. In der letzten Zeit nur wenig Morphinum, 2—3 cg.

25. April 1906 aufgenommen.

Sehr hinfällig, schlechter Ernährungszustand, miserabler Puls.

Vollkommen unorientiert. Leichte Bewegungsunruhe, beschäftigt sich mit den Decken, versucht das Bett zu verlassen, wälzt sich umher. Lebhafter Rededrang, völlig inkohärent, überaus ablenkbar, hypermetamorphotische Anknüpfungen, Echolalie. Selten eine sinngemäße Antwort, schweift aber sofort ab und redet inkohärent weiter. Große Auffassungserschwerung, wiederholt oft längere Zeit eine Frage, bis endlich, zuweilen nach verworrenem Fortsprechen das Verständnis auftaucht. Pupillen reagieren; lebhafte Sehnenreflexe. Schlaffe Gelenke. Herztöne laut, kein Geräusch. Puls gegen 70, klein. Zahlreiche Stichnarben auf der Haut.

27. April. Benommen, delirant. Puls schlecht. Wiederholt Campher nötig gewesen. Morphinum weggelassen.

29. April. Halluziniert, hört die Angehörigen sprechen, hört Revolver schießen; sieht Männer im Blute liegen. Riecht Gifte im Zimmer, Eloidin-Patchouli-Glycosid, Ersatz für Morphinum; Dynamitstaub in der Luft; fühlt Wunden am Körper, der Penis sei durchlöchert, ein Hoden abgenommen, die Haut schrumpfe, usw.

Die Umgebung ändert sich fortwährend. Konfabuliert, er wäre auf einer Reise nach Indien gewesen, sei über blühende Felder gefahren, es habe geblitzt und gedonnert. Gedächtnis sehr insuffizient, kann über sein Vorleben keine bestimmten Angaben machen. Verlangt nach Morphinum, aber ohne Energie.

Ißt und schläft wenig, nachts durch Sprechen störend.

Einmal unsauber mit Urin. Temperatur einmal 37,8.

Sprache verwaschen.

1. Mai. Gestern etwas ruhiger, versuchte sich zu orientieren; nachts von neuem ängstliche Erregung, sah Leichen, giftige Dämpfe, nicht geschlafen.

Benommen. Schwere Sprachstörung. Spricht ganz unzusammenhängend, kommt von einem aufs andere. Reagiert auf jedes Wort der Umgebung mißverstehend aber dabei. Sehr empfindsam, leicht gereizt.

Zeitlich heute orientiert. Wo hier? Eine Art Ritterburg (unterbricht sich): Irrenanstalt und Verpflegungsanstalt für Schlesien.

Rascher Wechsel und Mischung von richtiger Auffassung und Verkennung.

Konfabuliert, ein alter Herr ist gestern hier hingemordet worden durch Dynamit, aber die Glieder haben sich wieder zusammengefügt. Einen Herrn nebenan hält er für ein Mädchen.

Verkennungen wechseln fortwährend. Viel Sexuelles.

Solange man sich mit ihm beschäftigt, spricht er fortwährend, gehobener Stimmung, renommirt mit seinen Kenntnissen in Chemie.

Stark beeinflusbar in der Stimmungslage.

Verliert sich beim Lesen wie ein Delirant. Merkfähigkeit nicht gut. 8716 nach wenigen Minuten vergessen.

2. Mai. Glaubt, er sei der kleine Baal. Erzählt wieder von einer Reise, die er vor seiner Aufnahme hier gemacht habe, und von vielen Abenteuern auf dieser Reise. Er sollte eine junge Dame holen und fand sie nicht: damals sei die Nervosität ausgebrochen auf dieser Reise. Er trieb sich in den Straßen herum, hatte furchtbare Wunden usw. Habe gehört, Mutter und Schwester seien gestorben. In der vergangenen Nacht wollte der Wärter alle in Schlaf peitschen, dann wurde „Elodin“ gebracht und verdampft. Dann wurden die Körper mit echtem Dynamit eingerieben, dann kam „die ganze Kunst des Auffahrens“. Er mußte versprechen, sich tot zu stellen. Zum Teil erschienen die Leute in wunderschönen Charakterkostümen, einer vom Pabst, einer in einer Dynamitmaske. Einer ging dabei aus Versehen entzwei, die Leichenteile wurden fortgeschafft. Aus gewissen Worten der Wärter merkte er, das war haarsträubend. Erzählt von einem Hermaphroditen neben ihm — alter siebzigjähriger Mann —, der Bräutigam wäre des Nachts gekommen, wäre betrunken gewesen, habe in schamloser Weise von seiner Braut erzählt. (Auf Befragen:) Das ist alles tatsächlich. Ort? richtig. Mit Recht hier? — Nein, ich wüßte nicht, 1. daß jeder Idiot — behauptet, er sei nicht krank, 2. — — — —.

Jetzt fühlte er sich kräftig; aber jede Nacht noch die Beräucherung in der Stube. Gedächtnis sei schlecht gewesen, jetzt von Tag zu Tag besser.

Merkfähigkeit jetzt nicht schlecht, über die Situation gar kein schlechtes Urteil. Noch sehr ermüdbar.

3. Mai. Vielleicht etwas freier, mißversteht aber noch viel. Ein Pfleger sagt: Saal drei, darauf er: Was? drei Liter Salzsäure?

4. Mai. Heut freier. Hält an den Elodingeschichten fest, gibt nicht zu, daß es Sinnestäuschungen seien. Jetzt spüre er aber nichts mehr davon. Bezüglich des Erlebnisses mit dem Hermaphroditen schwankend, neigt aber doch dazu, daß es wahr sei.

7. Mai. Seither geordnet, schläft gut. Gute Nahrungsaufnahme. Auffassungsstörung und Ermüdbarkeit geschwunden. Mangelhafte Erinnerung für Einzelheiten in seinem Verworrenheitszustand. Korrigiert das meiste, aber noch nicht alles. („Na, wenn Sie es sagen, wird es wohl so sein.“)

9. Mai. Außert sich völlig einsichtig. Alles sei Einbildung gewesen und Halluzinationen. Gern bereit, alles als krankhaft zu erklären. Fest überzeugt, daß er nicht rückfällig werden werde. Jetzt sei er völlig gesund.

bestreitet alles Krankhafte. Reichliche Versprechungen, weitere Entziehung sei überflüssig.

Daß er mehrere Wochen vor der Aufnahme hier krank gelegen, davon weiß er gar nichts.

14. Mai. Keine nachweisbaren Defekte. Geheilt entlassen.

Im Anschluß an eine Entziehungskur tritt also akut eine Psychose auf, die sofort mit starker Verwirrtheit einsetzt; es besteht völlige Desorientierung, Verkennung der Umgebung, Bewegungsunruhe, phantastische Delirien. Dabei gleichzeitig ein erheblicher Kräfteverfall, so daß das baldige Ableben von den Ärzten vorausgesagt wird. Hier bei der Aufnahme noch völlige Desorientierung, massenhafte delirante Gesichtstäuschungen, daneben viel Gehörstäuschungen, Geruchshalluzinationen und hypochondrische Sensationen, alles verknüpft zu ganz phantastischen traumhaften Delirien und Confabulationen. Lebhaftige Bewegungsunruhe, Rededrang mit völliger Inkohärenz, großer Ablenkbarkeit, doch dauernder Anknüpfung an die allerdings zumeist falsch aufgefaßten äußeren Eindrücke. Starke Gedächtnisschwäche und besonders schwere Störung der Auffassung. Versteht einfache Fragen nicht, verhört sich, erkennt, mißverstet, mißdeutet. Auch in der ruhigen Zeit noch zahlreiche illusionäre Verfälschungen der Umgebung und mangelhafte Auffassung der Vorgänge. Das auch teilweise richtig Aufgenommene wird in charakteristischer Weise zu ganz abenteuerlichen und unmöglichen Gebilden verarbeitet, genau wie im Traum.

Die Stimmung schwankt lebhaft, ist bald gereizt, bald depressiv-ängstlich, bald gehoben mit Ansatz zu Größenvorstellungen.

Der Kräftezustand war sehr reduziert, die Herztätigkeit schlecht. Hervorzuheben ist noch die kraftlose, ganz verwaschene Sprache.

Nach achtwöchiger Dauer tritt dann rasch Besserung ein, und in wenigen Tagen kommt es zu Heilung mit völliger Einsicht.

Dieser ganze Verlauf, das akute Entstehen mit dem körperlichen Verfall, die im Vordergrunde stehende traumhafte Verworrenheit, die sehr erschwerte Auffassung, die illusionäre und

halluzinatorische Verfälschung der Wahrnehmungen, große Unruhe, Dauer von acht Wochen und Heilung, alles das sind die bekannten Charaktere jener Psychosen, die man mit *Kräpelin* als „Erschöpfungspsychosen“ bezeichnet, und zwar fiel die vorliegende unter die Bezeichnung Amentia.

Eine andere Psychose kommt kaum in Betracht. Eine Infektion lag nicht vor, die Temperatur betrug nur einmal 37,8. Gegen katatone Erkrankung spricht das Fehlen aller motorischen Erscheinungen im engeren Sinne und gegen manische Verwirrtheit das Vorwiegen der Auffassungsstörung und das Zusammenfallen der Psychose mit der körperlichen Erschöpfung.

Alle diese Merkmale gelten auch für den zweiten Fall, der ganz unter fachärztlicher Beobachtung verlief. Ich selbst hatte nur einmal Gelegenheit den Kranken zu untersuchen, ich muß mich daher begnügen, nachfolgende kurze Notizen über den Verlauf mitzuteilen, die ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Kollegen Dr. *Jirzik* zu Ziegenhals (Schlesien) verdanke, in dessen Sanatorium ich den Kranken sah.

Es handelt sich um einen Arzt, der seit drei Jahren regelmäßig Morphinum nahm, 0,6 täglich, daneben 0,2—0,3 Kokain und täglich eine bis 1½ Flaschen Rotwein, auch einige Gläser Bier. Die letzte Zeit vor der Aufnahme in die Anstalt nur wenig getrunken. Es ging dieser eine sehr anstrengende Beschäftigung in der Praxis voraus, dabei schlechter Schlaf und sehr schlechte Nahrungsaufnahme.

Bei der Aufnahme schon lebhafter Tremor, schwankender Gang, zitterige Schrift. Auffallend ist eine stark verwaschene stockende Sprache, die eintritt, sobald die Morphinumwirkung vorüber ist, und nach erneutem Morphinumgebrauch schwindet. Alkohol und Kokain fallen in der Anstalt sofort weg. Morphinum wird langsam vermindert. Nach vierzehntägigem Aufenthalt zeigen sich leichte delirante Symptome, die vorübergehend auftreten, und für die Einsicht bestehen bleibt, und Angstzustände. Nach einer weiteren Woche, nach einem längeren anstrengenden Spaziergang, plötzlicher Ausbruch einer starken Verworrenheit. (Zurzeit noch 0,3—0,35 Morphinum, bis dahin guter Schlaf und Nahrungsaufnahme, keine Diarrhöen.) Patient hat lebhaftes Delirien mit Tremor, aber doch vom Bilde der Alkoholdelirien abweichend. Sie machen bald einem ruhigeren Stadium Platz, in dem halluzinatorische und illusionäre Verfälschungen und die erschwerte Auffassung das Charakteristische bildeten. In diesem Stadium sah Verf. den Kranken. Er war körperlich sehr hinfällig, Puls schlecht. Die Bewegungen waren matt und kraftlos, die Hände zitterten vor Schwäche, zeigten außerdem gröbere und

feinere Zuckungen. Die Sprache war ganz kraftlos und verwaschen, die Stimme leise; ein mehrsilbiges Wort wurde nicht herausgebracht, die Endsilben wurden verschliffen, die Worte paraphasisch verstümmelt, oder angefangene Worte falsch mit ganz anderen Sinn ergänzt. Patient vergaß während des Sprechens, was er sagen wollte, war gänzlich inkohärent. Für die Spracherschwerung bestand damals schon eine gewisse Einsicht. Sehr charakteristisch war hier die traumhafte Verworrenheit mit der sehr starken Auffassungsstörung und den hauptsächlich illusionären Verfälschungen. Patient bemühte sich, dem Gespräch zu folgen, er antwortete auf alle Fragen, die er aber ebensowenig verstand, wie alles, was sonst im Zimmer gesprochen wurde. Er mißverstand und verhörte alles.

Die Situation wurde ihm nicht klar. Er verkannte Referenten immer wechselnd, bald als früheren Bekannten, bald in irgend einer wahnhaften Beziehung zu dem behandelnden Arzt, woran er abenteuerliche Mißdeutungen knüpfte. Sein Zustand besserte sich später rasch; es trat bald völlige Heilung ein mit guter Einsicht. Für die erste Phase der Krankheit bestand völlige Amnesie, für die spätere nur teilweise. Was er aus dieser Zeit berichten konnte, war ein genaues Abbild des Traumes. Charakteristisch war auch hier, wie wirkliche Vorgänge immer einbezogen und in phantastischer Weise mit den traumhaften Situationen und Erlebnissen verwoben wurden. Bemerkenswert ist, daß in der ersten Zeit der Rekonvaleszenz nach körperlichen Anstrengungen sowohl, als auch nach Genuß geringer Mengen Weins eine kurz dauernde Desorientierung und Verworrenheit wiederholt noch auftrat. Die Psychose dauerte im ganzen etwa 5—6 Wochen. In der Anstalt betrug die Gewichtszunahme 6½ kg und dann draußen noch 6 kg.

Hier gingen der Entziehung schon starke erschöpfende Momente voraus; dann traten allmählich die Prodromalerscheinungen, Angstzustände und Delirien auf, und der akute Ausbruch erfolgte wieder nach einer großen körperlichen Anstrengung.

Auch hier fehlten motorische Erscheinungen. Nach der charakteristischen Verworrenheit, den körperlichen Schwächeerscheinungen, den prodromalen Delirien muß man auch diese Psychose zu den Formen rechnen, die *Kräpelin* unter dem Namen der Amentia schildert.

Die beiden Psychosen stimmen überein und geben typische Beispiele der erwähnten Krankheitsform. Es ist kein Merkmal vorhanden, welches eine Vereinigung mit dieser nicht zuließe oder eine Abtrennung verlangte. Speziell stimmen sie mit gewissen seltenen Formen überein, die sich aus der Zahl der akuten im Anschluß an erschöpfende Momente auftretenden Psychosen etwas herausheben dadurch, daß bei ihnen in der Tat die Auffassungsstörungen

und das traumhaft illusionäre Geistesleben, die Verworrenheit und die absolute Unfähigkeit zu irgendwelchen assoziativen Leistungen das ganze Bild beherrschen, und in deren Ätiologie gleichmäßig immer, neben unvollkommener Ernährung, anhaltende Schlaflosigkeit und dabei anstrengende Beschäftigung wiederkehren.

Wenn wir aber in den oben mitgeteilten Psychosen eine Reihe von Merkmalen wiederfinden, die von den Autoren als charakteristisch für die Psychosen der Morphinumabstinenz geschildert werden, so beweist das noch nicht eine Spezifität dieser Psychosen, denn dieselben Merkmale kommen den Erschöpfungspsychosen ebenfalls zu, sie tun also eher eine Übereinstimmung gewisser Morphiumpsychosen mit den Erschöpfungspsychosen dar.

So wird die auch in unseren beiden Fällen ausgeprägte Sprachstörung als Abstinenzerscheinung erwähnt (*Levinstein*). Sie ist ein fast ständiger Begleiter der erwähnten Erschöpfungspsychosen. Auch bei diesen finden wir die Entwicklung in zwei Stadien, einem sehr stürmischen deliranten Anfangs- und einem ruhigeren Nachstadium, in welchem die assoziative Insuffizienz am deutlichsten wird. Hierzu kommt nun noch der Tremor, der wie *Kräpelin* erwähnt, auch beim Collapsdelirium zu finden ist und nach *Ziehen* bei allen Erschöpfungspsychosen sehr häufig ist: somit wird die Ähnlichkeit mit dem Alkoholdelirium, die für die Morphiumpsychosen immer hervorgehoben wird, auch für diese Erschöpfungspsychosen eine sehr große. In der Tat ist auch in einem unserer Fälle, von einer jungen Frau, die sicher nicht getrunken hatte, und die nur infolge mangelhafter Ernährung und Schlaflosigkeit bei der anstrengenden Pflege eines erkrankten Angehörigen selbst erkrankte, im Anfangsstadium in der Krankengeschichte erwähnt, sie sei „typisch delirant“. Könnten also gewisse Fälle des Delirium tremens acutum der Morphinisten mit den Collapspsychosen übereinstimmen, so erinnert auch die Schilderung der chronischen oder leichteren Formen an die ähnlichen Erscheinungen bei erschöpfenden Ursachen. So schildert *Erlenmeyer* als leichte Formen des Delirium tremens einen halb-bewußten träumerischen Zustand, Lächeln, Murmeln, Gesten (wie im Traum), an der Grenze zu Halluzinationen, andere Male

reichlichere Halluzinationen und Amnesie. *Levinstein* erwähnt eine chronische Form, die in der Intoxikationsperiode sich entwickeln und in die Abstinenzperiode hineinspielen soll: Wechselnde Gemütsstimmung, meist eine gewisse Heiterkeit, die nur auf kurze Zeit durch Angstzustände unterbrochen wird. Einzelne Individuen sind am Tage in deprimierter Stimmung, des Abends in geringem Grade erregt und Sinnestäuschungen unterworfen, Zittern der Hände, Muskelzucken. Dabei können sie aus ihrer deprimierten oder erregten Stimmung herausgerissen werden. Auch diese Schilderung ähnelt gewissen leichten Inanitionsdelirien im Verlauf der Schwangerschaft oder des Puerperiums und anderen chronischen konsumierenden Prozessen.

Wir glauben also in den angeführten Merkmalen nicht Zeichen für eine spezifische Art dieser Morphinabstinenzpsychosen zu sehen, sondern vermuten umgekehrt, daß ein Teil dieser Fälle übereinstimmt mit den Psychosen bei anderen Inanitionsprozessen. Es ist schwer, von den publizierten Fällen etwa noch hierhergehörige zu bezeichnen, weil im allgemeinen das psychische Bild wenig eingehend dargestellt ist. In einem Falle *Thomsens* (12) aber könnte man ein Analogon zu unseren Fällen finden. Neben der bekannten Morphin-Kokainhalluzinosis schildert er in seinem ersten Fall einen Kranken, der nach langem Morphin- und Kokaingebrauch in der Abstinenz an einem deliranten Zustand erkrankte, der nur kurz charakterisiert ist, jedenfalls nur einige Tage gedauert hat. Vier Wochen darauf, nachdem er bis dahin kein Morphin und Kokain, wohl aber Chloral 3,5 täglich genommen hatte, plötzlich verwirrt. Taumeliger Gang, Tremor, lallende Sprache, Paraphasie, verwechselt die Worte, verstümmelt sie, braucht falsche Artikel, so daß er trotz Bemühungen, sich zu korrigieren, unverständlich bleibt. Macht die widersprechendsten Angaben, faßt nicht auf, verliert den Faden, deliriert. Die Verwirrung nahm in den nächsten Tagen zu, Puls wurde elend, etwas Fieber. Patient konnte kaum stehen, ließ unter sich, war völlig unfähig etwas aufzufassen oder zusammenhängend zu reden, Patient „macht einen sehr stupiden Eindruck“. Der Zustand schwankt, nach vierzehn Tagen tritt Besserung ein, nach drei Wochen ist Patient geheilt.

Auch die *Levinsteinschen* Beispiele für das Delirium tremens der Morphinisten (Krankengeschichten 34—38) haben selbst in seiner Darstellung viel weniger Ähnlichkeit mit Alkoholdelirien als mit denen bei erschöpfenden und Infektionskrankheiten.

Die Ursachen dieser Psychosen möchten wir also in Vorgängen sehen, welche auch eine „Erschöpfung“ des Nervensystems zur Folge haben. *Jastrowitz* schreibt, daß es zu akuten Geistesstörungen in der Morphinumabstinenz dann am ehesten kommt, wenn die Nahrungsaufnahme gering ist und Schlaflosigkeit, Diarrhöen und Agitation den Körper noch mehr in Verlust bringen. Die Erkrankungsursache liegt dabei in letzter Linie doch in der Vergiftung des Körpers. Auch in unseren beiden Fällen schließt sich die Erkrankung der Entziehung an oder geht sogar mit ihr einher. Komplizierende Momente kommen hier aber gar nicht in Frage. Im ersten Fall wurde in der letzten Zeit nur noch Morphinum in geringen Dosen genommen, eine neue Schädlichkeit kam nicht hinzu; im zweiten Fall waren allerdings anstrengende Tätigkeit vorangegangen, und es bestand schon ein gewisser Grad von Erschöpfung, als der Kranke die Entziehung begann. Während dieser traten aber bald die prämonitorischen Symptome auf und nach einer erneuten großen Anstrengung der Ausbruch der schweren Psychose. Auch hier muß aber die chronische Morphinumintoxikation mit ihren Folgen erst den Boden bereitet haben, auf dem es zu einer so schweren körperlichen und geistigen Prostration kommen konnte. In beiden Fällen war die Körperschwäche sehr groß, im ersten Fall sogar lebensbedrohend. Weder der Kokainismus noch der Alkoholismus können wohl, wie schon oben erwähnt, für diese Psychose in Anspruch genommen werden. Die Erscheinungen boten für keinen dieser Faktoren etwas Charakteristisches, dagegen entsprachen sie durchaus der Krankheitsform, welche wir als Folge erschöpfender Krankheiten kennen. Eine solche ist aber der chronische Morphinismus mit seinem schweren Siechtum durchaus. Die schwere Schädigung der Ernährung und des Stoffwechsels sind ja ein Hauptsymptom der Morphinumintoxikation, und sie sind es, welche den Körper schließlich in Gefahren bringen, welche besonders während der Entziehung zu fürchten sind.

nach *Levinstein* kommt am zweiten oder dritten Tage der Entziehung fast bei allen Kranken ein Schwächezustand, der bei plötzlicher Entziehung einen lebensgefährlichen Collaps darstellen kann, und dem entspricht, daß auch die stürmischen psychischen Störungen gerade auf eine plötzliche Entziehung zu folgen pflegen. Diese Kongruenz zwischen den körperlichen und psychischen Störungen läßt wieder darauf schließen, daß sie einer gemeinsamen Ursache entspringen, und das typische klinische Bild in unsern beiden Fällen lehrt, daß dieser Schluß berechtigt ist. Wenn also *Jastrowitz* schreibt: „Bestimmte mit dem definierten Charakter der bekannten Krankheitsformen versehene Psychosen, etwa Manie, Melancholie oder echte Paranoia, wie bei chronischen Alkoholisten, entstehen auch durch die Entziehung oder nachher durch dieselbe verschuldet, nicht“, so ist zu bemerken, daß die Entziehung, wie sie den körperlichen Collaps beschleunigt, auch die korrespondierenden Psychosen begünstigt, jener Ausspruch also nicht gilt für die nicht mitaufgezählten Collapspsychosen. Wenn es sich demnach darum handelt, die Psychosen in der Morphiumpabstinenz zu rubrizieren, so glauben wir, daß unter Berücksichtigung der psychopathischen Zustände und sonstigen Komplikationen für viele Fälle in erster Linie die Psychosen aus der Dementia-Gruppe, wie wir mit *Stransky* (14) vorziehen würden zu sagen, in Betracht zu ziehen sind.

Gewisse prädisponierende Momente spielen m. E. auch hierbei eine Rolle. Beide oben erwähnten Kranken waren Neurastheniker. Diese und die Schlaflosen sind es ja gerade, wie *Gräpelin* und *Jastrowitz* hervorheben, die zum Morphiump greifen. Aber die Neurasthenischen sind es nach unserer Erfahrung auch, die bei Gelegenheitsursachen zum Ausbruch einer Erschöpfungspsychose neigen. Wiederholt erfahren wir bei unseren Kranken, daß Erscheinungen der chronischen nervösen Erschöpfung schon vorangegangen waren. Darauf scheint es uns zu beruhen, daß die Kranken in vielen Fällen nach Überstehen einer Amentia nicht völlig gesund werden, sondern noch ferner nervöse Symptome zeigen, wie auch *Rücke* (19) und *Stransky* (14) beobachtet haben. Darin liegt auch für die Kranken die Gefahr der Rezidive begründet.

Daß es gerade Neurastheniker und Schlaflose sind, welche zum chronischen Morphinismus kommen, könnte eine Erklärung für die bemerkenswerte Tatsache enthalten, daß hier bei einer chronischen Vergiftung des Körpers ein Symptomenkomplex auftritt, den man einer ganz bestimmten Ätiologie, der reinen nervösen Erschöpfung, zugeschrieben hat. Wenn das Morphium die Ermüdungserscheinungen der Neurastheniker beseitigt, so verhindert es damit vielleicht eine physiologische Restituierung und häuft damit die Ermüdungserscheinungen bis zu der erschöpfenden Wirkung. Aber diese Annahme kommt doch auch auf die einer Vergiftung hinaus; denn die allgemeine Ansicht, daß die Erholung in der Fortschaffung bestimmter Stoffwechselprodukte besteht, ist durch den Nachweis eines Ermüdungsautotoxins und eines Antitoxins dagegen (*Weichardt* (13)) auf eine sichere Grundlage gestellt. Ob wir nun annehmen, daß das Morphium durch Anhäufung normaler Stoffwechselgifte oder durch Bildung spezifischer Gifte durch seine Zersetzung (*Marmé*), seine eigenartige Wirkung übt, die psychischen Störungen wären ebenso eine Folge einer chronischen Vergiftung, wie die übrigen Symptome der Morphiumintoxikation und der Abstinenz, welche letzteren, wie *Jastrowitz* hervorhebt, nicht gegensätzlich zu den Vergiftungssymptomen, sondern die gleichen sind, die nur immer durch neue Morphiumgaben und ihren tonisierenden Einfluß für kurze Zeit hintangehalten werden. Ein solcher tonisierender Einfluß ist ja anzunehmen, auch wenn man noch nicht sicher weiß, worauf er beruht. In dem zweiten von uns erwähnten Fall war er im Beginn der Erkrankung gut zu sehen, da nach jeder Einspritzung die Sprache wieder kräftig und gut artikuliert wurde, die nach Vorübergehn der Wirkung stark verwaschen und undeutlich war. Beim chronischen Alkoholismus sehen wir ja bezüglich der Angst, des Tremors und anderer Abstinenzerscheinungen das gleiche. Die Abstinenzerscheinungen sind also die eigentlichen Intoxikationserscheinungen, auch ihre psychischen Komponenten sind als Produkte einer chronischen Vergiftung anzusehen. *Jastrowitz* erklärt auch: der chronische Morphinismus macht Neurasthenie! Die chronische Vergiftung bewirkt also indirekt den Symptomenkomplex der Amentia. Wir wissen auch aus der sonstigen klinischen Erfahrung, daß dieser Symptomenkomplex durch intoxika-

torische, speziell infektiöse Einflüsse erzeugt wird. Denn, wenn er auch mit den erschöpfenden Momenten eng verbunden und nach ihnen am reinsten ist, wie wir zugeben müssen, so ist doch die Abgrenzung gegen die Fälle infektiösen Ursprungs nicht durchzuführen. Es soll darauf hier nicht weiter eingegangen werden, es wird dazu andern Orts vielleicht noch Gelegenheit sein. *Stransky* (14) und *Strohmeyer* (15) haben diese Frage neuerlich wieder ausführlich besprochen, und ersterer hält es wie die meisten Autoren nicht für möglich, infektiös-toxische und Erschöpfungszustände auseinanderzuhalten, was ja in den klinischen Tatsachen seine Grundlage findet. Die mehr halluzinatorischen Formen der Verwirrtheit, die *Kräpelin* jetzt von den asthenischen selbst nicht mehr abtrennt, sieht man gerade oft bei akuten Infektionskrankheiten; es bestehen fließende Übergänge zwischen den „Collapsdelirien“, der „Amentia“ und den „infektiösen Schwächezuständen“, und ganz besonders bei chronischen Infektionskrankheiten sehen wir, wie sich die Symptome der Erschöpfung, die hier auch ihr körperliches Korrelat in der Kachexie finden, mit solchen, die wir der Intoxikation zuschreiben, mischen.

Die Symptome der Erschöpfung sind der Ausdruck einer Ernährungsstörung, die ihre Ursache außer in inneren Stoffwechselstörungen auch in solchen äußeren Ursprungs durch Intoxikation, sei es durch organisierte oder durch chemische Gifte, haben kann (vgl. *Stransky* (14)). Wenn *Stransky* die Amentia besonders durch die indirekte Wirkung der organisierten Gifte bedingt glaubt, so sind die hier mitgeteilten Fälle gerade ein Beweis dafür, daß die chemischen Gifte ganz dieselbe Wirkung haben. Schließlich bewirken diese, wie wir gerade an dem Beispiel des Morphiumpabstinenz sehen, dieselbe Kachexie wie chronische Infektionskrankheiten, und für Autointoxikationen infolge sekundärer Stoffwechselstörungen sind bei dem chronischen Morphinismus mit seinen schweren gastrointestinalen Störungen und solchen fast jeglicher Drüsen-tätigkeit Gelegenheiten genug vorhanden. Von besonderem Interesse ist hier die Analogie mit der häufigsten Intoxikation mit einem chemischen Gift, mit der alkoholischen. Auch der alkoholischen Kachexie mußten wir die Erschöpfungssymptome zuerkennen (Verfasser (16)), man kann auch bei dieser Intoxikation

Symptomenkomplexe aus der Amentia-Gruppe antreffen. Darauf beruht eine Schwierigkeit bei der Abgrenzung der *Korsakoff'schen* Psychose, die mit jenen nahe verwandt ist. Diese Verwandtschaft wird gerade dadurch bewiesen, daß auch auf dem Boden des chronischen Alkoholismus Psychosen aus der Amentia-Gruppe vorkommen, und daß zu ihnen von den Fällen polyneuritischer Psychose, in denen die Delirien oft den Stempel der „asthenischen“ tragen, Übergänge vorkommen. Wir müssen also die Erschöpfungssymptome auch als indirekte Folgen der Vergiftung mit chemischen Giften betrachten.

Zum Schluß gestatte ich mir, meinem verehrten Chef, Herrn Primärarzt Dr. *Hahn*, für Überlassung der Krankengeschichte auch an dieser Stelle meinen Dank zu sagen.

Literatur.

1. *Levinstein*, Die Morphiumsucht. Berlin 1880. 2. Aufl.
2. *Erlenmeyer*, Die Morphiumsucht und ihre Behandlung, 3. Aufl. 1887.
3. *Erlenmeyer*, Chronischer Morphinismus. (Penzold - Stintzing, 2. Aufl. 1897, II.)
4. *Obersteiner*, Intoxikationspsychosen. Wiener Klinik 86, Heft 2.
5. *Heiberg*, Die Systematik der Intoxikationspsychosen. Centralblatt f. Nervenheilk. u. Psych. 1902.
6. *Deutsch*, Der Morphinismus. Stuttgart 1901.
7. *Wernicke*, Grundriß der Psychiatrie, 1. Aufl.
8. *Kräpelin*, Lehrbuch, 7. Aufl.
9. *Ziehen*, Lehrbuch, 2. Aufl.
10. *Jastrowitz*, Über Morphinismus. Deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts, IV, 2.
11. *Abraham*, Beiträge zur Kenntnis des Delirium tremens der Morphinisten. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1902.
12. *Thomsen*, Zur Kasuistik der kombinierten Morphin-Kokainpsychosen. Charitéannalen, XII, 1887.
13. *Weichardt*, Über das Ermüdungstoxin und Antitoxin. Münch. med. Wochenschrift 04, Nr. 1 u. 48.
14. *Stransky*, Zur Lehre von der Amentia. Journal f. Psych. u. Neurologie 1905.
15. *Strohmayer*, Zur Klinik, Diagnose und Prognose der Amentia. Monatsschr. f. Psych. 1906.

16. *Chotzen*, Zur Kenntnis der polyneuritischen Psychose. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 59.
17. *Chotzen*, Über atypische Alkoholpsychosen. Arch. f. Psych. 41.
18. *Marmé*, Zum Studium der akuten und chronischen Morphinvergiftung. Deutsche med. Wochenschr. 1883, 14.; Centralblatt f. klin. Medizin, 1883, 15.
19. *Räcke*, Über Erschöpfungspsychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 57.

Über Hitzepsychosen.¹⁾

Von

Privatdozent Dr. J. Finckh,

I. Ass.-Arzt an der psychiatr. Klinik Tübingen (Prof. Dr. Wollenberg).

Der Hitzschlag ist vom Sonnenstich bzw. der Wirkungsart der strahlenden Wärme in ätiologischer, klinischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht getrennt zu betrachten (*Musehold*²⁾ (37). *Müller* (36), *Thurn* (51), *Szuman* (49 und 50), *Arndt* (1)). Vorbedingung für den Hitzschlag ist weniger die erhöhte Wärmezufuhr von außen, als die Steigerung der Wärme im Körperinnern, wie sie bei großer körperlicher Anstrengung, z. B. bei langem Marschieren und schwerer Bepackung zustande kommt. Als zweite Grundbedingung muß dazu die erschwerte Wärmeabgabe nach außen treten, die bei windstillem und schwülem Wetter, also in einer mit Feuchtigkeit gesättigten Luft, behindert ist, namentlich wenn der Stoff der Kleidung für den abgesonderten Schweiß wenig durchgängig, wenn also seine Verdunstung beeinträchtigt ist, und endlich wird der Hitzschlag bei mangelhafter Leistungsfähigkeit und Ausdauer des Herzens, z. B. von Herzkranken und körperlich Überanstrengten, oder nach schweren Exzessen und von Trinkern leichter akquiriert.

Klinisch lassen sich drei Grade von Hitzschlag, leichte, mittelschwere und schwere Fälle unterscheiden. Der leichte Hitzschlag charakterisiert sich durch geringe Eingenommenheit

¹⁾ Unter Benutzung eines am 13. Januar 1906 im Verein Württembergischer Psychiater in Stuttgart gehaltenen Vortrages.

²⁾ Die den Autorennamen beigegebenen Zahlen weisen auf die entsprechende Nummer der Literaturübersicht hin.

des Kopfes, Schwindel, Obskuration, Flimmern, Ohrensausen, Beklemmungsgefühl und leichte Steigerung von Puls, Atmung und Körpertemperatur. Der Kranke wird unsicher und schlaff, apathisch und träge. Viel stärker sind die nervösen Erscheinungen in den mittelschweren Fällen. Ebenso steigert sich die Beklemmung zur lebhaften Angst; gleichzeitig profuser Schweiß, starker Durst, kleiner und sehr frequenter Puls, Temperatur über 40°C , keuchende Atmung, Cyanose des Gesichts. Zuweilen treten Blutungen aus Mund und Nase auf; der Kranke taumelt wie ein Betrunkener, die Sprache wird schwer verständlich; auf Anruf reagiert Patient kaum, sein Sensorium ist mehr oder weniger stark benommen. Der Collaps zeigt den schweren Hitzschlag an. Der Mann fällt plötzlich um und ist besinnungslos; Lichtreaktion der Pupillen ganz oder nahezu aufgehoben, Puls fliegend, Herzaktion sehr schwach, Atmung stertorös, die Temperatur kann 44° oder 45° erreichen. Dazu gesellen sich oft heftige epileptiforme Konvulsionen. In diesem Stadium kann plötzlich, wie nach einem schweren Schlaganfall, der Tod eintreten. Indes erholen sich die meisten (*Arndt* (1)) bei geeigneter und schneller Behandlung (*Binz* (5), *Musehold* (37), *Thurn* (51)).

In leichteren Fällen werden die Kranken nach einigen Tagen großer Mattigkeit und Schlafsucht, verbunden mit träumerischem und zerstreutem Wesen, Gedächtnisschwäche, Steifigkeit der Glieder, Kopfdruck, Schwindel und Übelkeit, völlig und dauernd gesund, während schwerer Betroffene die Zeichen erhöhter gemüthlicher Reizbarkeit, verminderter Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol und bei körperlichen Krankheiten und Arbeiten zeitlebens oder für längere Zeit darbieten und gemüthlich und intellektuell mehr oder weniger defekt werden (*Arndt* (1), *Bartens* (2), *Müller* (36), *Szuman* (49 und 50)).

Bei der Sektion findet sich eine beträchtliche Hyperämie des Gehirns und seiner Häute (*F. Schultze* (45), *Dittrich* (9), *Arndt* (1), *Ziegler* (54)), zuweilen mit blutigen und serösen Exsudationen. Blutaustritte wurden auch an verschiedenen anderen Körperorganen konstatiert, besonders am Peri- und Endokard, und ferner abnorme Brüchigkeit des Herzfleisches (*Dittrich* (9), *Herford* (22)). Diese Hyperämie ist nach *Arndt* (1) eine rein

venöse, während das Parenchym der Organe selbst ausgesprochen anämisch ist, und zwar infolge ödematöser Schwellung. Diese aber ist eine trübe Schwellung und somit Produkt einer akuten parenchymatösen Entzündung, die nach *Arndts* Auffassung die letzte Ursache des Hitzschlages ist. Sie bedingt zugleich eine krankhafte Veränderung der chemischen Eigenschaften des Blutes, die ihrerseits, von einem gewissen Grad der Ausbildung an, den krankhaften Prozeß beschleunigen hilft.

Zum Unterschied vom Hitzschlag spielt bei der Wirkungsart der strahlenden Wärme die Wärmeabgabe aus dem Körper keine Rolle gegenüber einer vermehrten Zufuhr nach einer bestimmten Körpergegend, insbesondere auf die bloße Haut von Kopf und Nacken. Es handelt sich auch weniger um eine Steigerung der allgemeinen Körpertemperatur, sondern meist nur um eine solche der unmittelbar wärmebestrahlten Partie, die Verbrennungen 1. und 2. Grades aufweist. Der Effekt einer einmaligen intensiven Sonnenbestrahlung kann ein Sonnenstich sein: den Dauerwirkungen natürlicher bzw. künstlicher Wärme sind die Tropenbewohner bzw. Feuerarbeiter ausgesetzt.

Die Symptome des Sonnenstichs, die in ähnlicher Weise auch in einzelnen Fällen bei Feuerarbeitern beobachtet wurden (Literatur bei *Viktor* (52)), bestehen in einem Vorläuferstadium von Kopfweh, Schwindel, allgemeiner Unlust und Müdigkeit, und dann folgen Bewußtlosigkeit, Krämpfe und Lähmungen und nicht selten der Tod. Die Residuen bei anhaltender Einwirkung künstlicher oder natürlicher Wärme, die sich nicht als eigentliche Psychosen darstellen, lassen sich, ähnlich wie diejenigen nach schwerem Hitzschlag, als Abnahme der Willenskraft, der geistigen und gemütlichen Fähigkeiten, des Gedächtnisses und der Fassungskraft, sowie als starke gemütliche Reizbarkeit charakterisieren. Symptome, die zusammen mit Lähmungen aller Art auch nach Sonnenstich dauernd zurückbleiben können (*Arndt* (1), *Szuman* (49 und 50), *Rasch* (41)).

Die Wirkung des Sonnenstichs, bei dem ein spezifischer Einfluß der Wärmestrahlen stattfindet, ist somit eine intensivere als diejenige des Hitzschlages (*Eckert* (12), *Wood* cit. nach *Viktor* (52)).

Der größeren Schwere der Ursachen bei strahlender Wärme entsprechen auch erheblichere Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks, die die Zeichen einer akuten und intensiven Entzündung aufweisen, Hyperämie und Trübung der Häute, Hämatome, seröse Exsudate, Auswanderung der Blutkörperchen, ja selbst Sklerose und Abscesse des Zentralnervensystems wurden auf diese Ätiologie bezogen (*Bartens* (2), *Eckert* (12), weitere Literatur daselbst und bei *Viktor* (52)).

Vergleicht man mit diesen Beobachtungen die Resultate des künstlich erzeugten Hitzschlags bzw. Sonnenstichs bei Tieren, so kann man auch hier infolge direkter Wärmebestrahlung des Kopfes das Auftreten heftigster und akuter Entzündung konstatieren, Trübung der Pia, serös-eiterige und sanguinolente Exsudationen und Anhäufung junger Spindelzellen im perivaskulären Bindegewebe (*Vallin* u. *M'Kendrik* cit. nach *Viktor* (52)). *Scagliosi* (42) fand Zerfall der chromatischen Substanz des Kernkörperchens der Ganglienzellen, Hyperämie der Körperorgane, interstitielle Wucherung, regressive Veränderungen der Parenchymzellen und chemische Veränderungen des Blutes. Dagegen sind irgendwelche positive Veränderungen nach experimentell erzeugtem Hitzschlag nicht verzeichnet (*Wood* cit. nach *Viktor* (52), *Laverau* u. *Regnard* (32)). Letztere Forscher nahmen daher als Todesursache eine zunächst erregende, dann lähmende Hitzewirkung auf das Hirn an. Da aber die Wärmeregulierungsverhältnisse beim Hund, der das Versuchsobjekt bildete, nicht dieselben wie beim Menschen sind, muß es fraglich erscheinen, ob bei der Anordnung der Versuche (zwei in einem erwärmten Kasten befindliche Hunde, von denen der eine angebunden war, der andere laufen mußte; Tod bei 45—46°) die physikalischen Vorbedingungen für die Erzeugung des Hitzschlags vorgelegen haben.

Praktisch nun wird im einzelnen Fall einer akuten Wärmewirkung beim Menschen die Entscheidung, ob Hitzschlag oder Sonnenstich vorlag, oft schwer und vielleicht sogar in sicherer Weise überhaupt nicht möglich sein. Vielmehr liegt der Gedanke nahe, daß es sich nicht selten um eine Kombination beider Schädlichkeiten handelt, da gewöhnlich ein der strahlenden Wärme ausgesetzter Mensch zugleich auch den Vorbedingungen des Hitzschlags

unterliegt. Dafür spricht der Umstand, daß mehrere Versuche in der Literatur, eine reinliche Scheidung der Psychosen nach den verschiedenen Wirkungsarten der Wärme durchzuführen, bisher in überzeugender Weise nicht gelungen sind, und weiter, daß die bleibenden Residuen nach schwerem Hitzschlag und strahlender Wärme einander ziemlich ähnlich sind.

Psychosen infolge hoher Wärmegrade sollte man, entsprechend der Häufigkeit und Schwere des Hitzetraumas, für häufig halten, und doch ist nach der Ansicht sehr vieler Autoren das Gegenteil der Fall. Ob der Einwurf mancher berechtigt ist, die kalorischen Traumen hätten in der Ätiologie des Irreseins noch nicht genügende Berücksichtigung gefunden, ist fraglich, denn es ist nicht wahrscheinlich, daß beim Militär, bei dem bekanntlich Hitzschlag und Sonnenstich am häufigsten sind, die auf diese Wärmeinsulte unmittelbar folgenden Psychosen übersehen werden. und bezüglich der später einsetzenden Geistesstörungen schützt die Geltendmachung des Entschädigungsanspruches genügend vor ihrer Nichtbeachtung, da von den Antragstellern sicher nichts versäumt wird, was an derartigen Unfällen oder Dienstbeschädigungen anzuführen ist. Ähnlich liegt der Fall bei industriellen und landwirtschaftlichen Arbeitern.

Im folgenden seien zunächst einige, besonders beim Militär angestellte statistische Erhebungen aus älterer und neuerer Zeit angeführt. Dietz (8) stellte die Frequenz der Geisteskrankheiten in der Armee in den einzelnen Monaten des Jahres graphisch dar und fand die Kurve auf ihrer Höhe in den ersten Dienstmonaten, wo unter dem Einfluß der veränderten Lebensbedingungen die Prädisposition zu geistiger Erkrankung zum Ausdruck kommt. Ein zweiter, wesentlich niedriger Anstieg fällt auf den Juni, den Dietz auf das Einsetzen der heißen Jahreszeit und auf den Hitzschlag bezieht.

Von den Soldaten Friedrichs d. Gr., die 1760 vor Bautzen an Sonnenstich erkrankten, verfielen viele in Raserei und manche in epileptische Krämpfe (*Schmucker cit. nach Viktor (52)*).

Im Jahre 1838 erkrankten in einer französischen Truppe, die bei 70° in Oran in der Sonne marschierte, 200 Mann mit

Erscheinungen von Hirnhyperämie, von denen elf, von schweren ängstlichen Delirien ergriffen, Selbstmord begingen (cit. nach *Bartens* (2)).

Von 600 Mann belgischer Truppen, die Anfang Juli 1853 bei größter Hitze vier Stunden lang durch eine Haide marschierten, wurden 400 von Hitzschlag befallen oder blieben ermattet liegen, während 22 von diesen geisteskrank wurden (cit. nach *Viktor* (52)).

Aus dem Kriege 1866 sind Psychosen nach Hitzschlag oder Sonnenstich nicht bekannt geworden (*Nasse* (38), *Huppert* (24)).

Von 316 Geisteskranken, die im deutsch-französischen Krieg nachweislich den Lazaretten zuzogen (*Dick* (7), *Schröter* (43), Erkrankungen des Nervensystems bei den deutschen Heeren im Krieg gegen Frankreich 1870/71 (14), *Bartens* (2)), war einer angeblich nach Hitzschlag geisteskrank geworden (*Bartens* (2), *Ideler* (25)). Er war zugleich der einzige Geisteskranke unter 75 bekannt gewordenen Fällen von Hitzschlag. Aber auch in diesem Fall ist der ätiologische Zusammenhang der Psychose mit dem Hitzschlag zweifelhaft, da der Mann einen offenbar leichten Hitzschlag erlitt, am anderen Tage weiter marschieren konnte und erst nach einem halben Jahre völligen geistigen Wohlbefindens im Lazarett vor Metz psychisch erkrankte, in das er wegen eines Schusses am Finger gekommen war. Es handelte sich der Schilderung nach um eine *Dementia praecox*.

Aus dem Chinafeldzug sind mir bisher drei Fälle bekannt geworden, die der Autor (*Eckert* (12)) von einem mehr oder weniger lange zurückliegenden Sonnenstich abhängig macht.

Fernere Angaben: *Esquirol* (cit. nach *Viktor* (52)): unter 858 Fällen mit Anführung der Krankheitsursache zwölfmal Hitzschlag. *Frost* (19): unter 2300 Fällen seines (englischen) Materials 37mal Irresein nach Sonnenstich, das den verschiedensten klinischen Formen angehörte. Österreichische Armee (35): im Jahre 1887 einmal nach Sonnenstich Irresein unter 81 Fällen von Geisteskrankheit; in der deutschen Armee 1879—81 unter 219 kein Fall und von 1881—82 (17) unter 120 einer. Endlich fand *Sommer* (47) unter 81 beim Militär erkrankten und der

Irrenanstalt zugeführten einen Melancholiker, der nach Sonnenstich krank wurde.¹⁾

Von den klinischen Lehrbüchern erwähnt dasjenige von *Griesinger* (21) kalorische Traumen nicht unter den Krankheitsursachen; *Emminghaus* (cit. nach *Rasch* (41)) spricht von klimatischen Einwirkungen auf Verlauf und Gestaltung der Irreseins, ferner von solchen als Gelegenheitsursachen bei Prädisponierten, während er es dahingestellt sein läßt, ob sie die allgemeinen Krankheitsanlagen zu Psychosen wesentlich modifizieren. *Schüle* (44) führt sie nicht an. *Kirchhoff* (28) bespricht wie *Kräpelin* (29) in der Ätiologie des Irreseins die strahlende Wärme, die die Ursache von Hirnhyperämie und Blutstauung bzw. Anämie sei. Ersterer glaubt, daß das Klima im ganzen keinen Unterschied macht; letzterer nimmt dagegen klimatische Einflüsse auf Häufigkeit und Form der Psychosen an, genaueres sei aber darüber nicht bekannt. Er beobachtete eine größere Heftigkeit der Aufregungszustände im Sommer und bei Zirkulären nicht selten Einsetzen der Depression im Winter. Bezüglich des Einflusses der tropischen Hitze auf die Europäer bezieht er sich auf *Rasch* (41), der im Lauf der Jahre allmählich Schlafheit, Gleichgültigkeit, Abnahme des Gedächtnisses, Verlust der gemüthlichen Widerstandsfähigkeit, Reizbarkeit, Empfindlichkeit und endlich Schwinden der Tatkraft beobachtete. Zu ähnlichen Resultaten wie *Rasch* kamen auch andere Forscher (weitere Literatur siehe bei *Rasch* (41)). *v. Krafft-Ebing* (30) erkennt heißes Klima als Ursache von Psychosen in den Tropen an, glaubt aber, daß bei uns die Hitze meist nur verschlimmernd auf bereits kranke Individuen einwirke. Von Psychosen infolge strahlender Hitze nennt er Delirium acutum, Dementia paralytica, progressive Dementia mit großer Reizbarkeit und interkurrierenden ängstlichen Erregungszuständen und hält die Prognose für schlecht. *v. Liebermeister* (33) stellt die Wirkungen von Sonnenstich und Hitzschlag ätiologisch und klinisch durchaus dem Fieberdelirium gleich. *Ziehen* (55) endlich sagt, durch starke Hitze, zu der aber als Mitursachen besonders häufig Alkohol- und

¹⁾ Weitere Literaturangaben siehe unter den Nr. 7, 8, 10, 13, 15, 18, 26, 31, 34, 36, 43, 48 des Literaturverzeichnisses.

Nikotinexzesse kommen, werden ab und an Psychosen erzeugt, akute Dämmerzustände oder chronische Fälle mit übler Prognose. Er bezieht sich wie v. *Krafft-Ebing* bezüglich der klinischen Formen u. a. auf die Arbeiten von *Bartens* (2) und *Viktor* (52).

Die Kasuistik über akut einsetzende und verlau-
fende Hitzepsychosen ist nicht sehr reich an gut beschriebenen und einigermaßen zuverlässigen Fällen. Größere deutsche Arbeiten, die diese Frage mehr oder weniger eingehend behandeln und das vorhandene Material anführen, stammen von *Bartens* (2) aus dem Jahre 1878, *Arndt* (1) 1875, *Viktor* (52) 1884 und *Eckert* (12) 1902. Einen Hinweis auf die Seltenheit dieser akuten Geistesstörungen gibt der Umstand, daß alle diese Autoren aus denselben Quellen schöpfen und, abgesehen von einer gewissen Anzahl von Neubeobachtungen, mit einem recht alten Material arbeiten, das teilweise bis in das 18. Jahrhundert zurückreicht, und dessen ätiologische und klinische Zugehörigkeit zu der vorliegenden Frage mit einiger Wahrscheinlichkeit nur angenommen werden konnte, sofern Übereinstimmung mit neueren, zuverlässigen Fällen vorzuliegen schien. Von den Publikationen der letzten Jahrzehnte mußten mehrere ausgeschieden werden, da sich differentialdiagnostische Bedenken ergaben. Im ganzen scheinen, soweit ich das Material übersehen kann, die einschlägigen Krankengeschichten um so seltener zu werden, je mehr wir uns der Jetztzeit nähern.

Die verwertbaren Fälle, zu denen aus der hiesigen Klinik kein Beitrag geliefert werden kann, ergeben folgendes: Akute Hitzepsychosen treten besonders in tropischen und subtropischen Gegenden beim Militär oder bei Feuerleuten auf Dampfern auf, die in heißen Gegenden fahren. Ungleich seltener sind einschlägige Beobachtungen aus unserer gemäßigten Zone. Von Feuerarbeitern in gewerblichen Betrieben scheint eine Ausnahme lediglich das Maschinen- und Heizerpersonal auf Schiffen in unseren heimischen Gewässern zu machen. Ich berufe mich hierbei auf die Angaben von *Podestà* (40), deren Quelle von ihm allerdings nicht angegeben ist. Die Gründe für die Seltenheit dieses Irreseins mögen in den niedrigeren Temperaturen unseres Klimas, sowie den verbesserten hygienischen Maßnahmen liegen. Die Ursachen der Psychosen sind wahrscheinlich kombinierte. Zu der Hitze

kommt noch eine angeborene oder durch alkoholische oder sonstige Exzesse, körperliche Überanstrengung oder Schwäche, mangelhafte Trainierung, gemüthliche Einflüsse usw. erworbene Herabsetzung der Widerstandskraft. Ob die Hitze lediglich als Wärmestauung im Körperinnern oder nur als exzessive Wärmezufuhr von außen wirksam wurde, ließ sich nach der Schilderung sehr schwer entscheiden. Am wahrscheinlichsten war in den meisten Fällen die Kombination beider Schädlichkeiten. Die Symptomatologie der akuten Hitze-psychose, die sich ätiologisch und klinisch am meisten den Fieberdelirien nähert, besteht aus einem Vorläuferstadium von starken Unlustgefühlen, Mattigkeit, Kopfweh und Herzangst, worauf plötzlich erhebliche Delirien mit lebhaften Gehörs- und Gesichtstäuschungen, Desorientiertheit, schwere motorische Unruhe bis zur Tobsucht sich steigernd, eine auffällige Neigung zum Selbstmord und oft allerlei Störungen der motorischen (Krämpfe, Lähmungen), sensiblen und sensorischen Gebiete sich entwickeln. Die Dauer der Psychose soll vierundzwanzig Stunden selten übersteigen und entweder in Tod oder Heilung ausgehen. Der vorübergehenden oder bleibenden Folgeerscheinungen ist eingangs schon Erwähnung getan. Differentialdiagnostisch sind besonders akute Störungen hysterischer, epileptischer und alkoholischer Natur sowie Fieberdelirien auszuschließen.

Bezüglich der auf akute Hitzetraumen folgenden neurologischen Alterationen, deren Erörterung den Rahmen dieser Arbeit überschreitet, muß auf die einschlägige Literatur (*Jakubasch, Beard, Reyher, Wood* cit. nach *Szuman* (49 und 50), *Herford* (22), *Schwarz* (46), hingewiesen werden. Diesen Autoren gegenüber steht *Oppenheim* (39 siehe weitere Literatur daselbst), demzufolge unter den Begriff Insolation bzw. Hitzschlag „ganz verschiedenartige Zustände subsumiert“ werden.

Hitze-psychoosen und Neuropsychoosen mit längerer Dauer oder chronischem Verlauf.

Eine Reihe anderer Fälle ist entweder auf einmalige, intensive Hitzewirkung zurückzuführen oder, und zwar in der Mehrzahl, auf dauernde kalorische Einflüsse. Die Geistesstörung entwickelte

sich bei ihnen unmittelbar im Anschluß an den Insult oder nach längerer oder kürzerer Zwischenpause, die durch psychische und nervöse Symptome, wie verändertes, reizbares Wesen, Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, Müdigkeit, Kopfweg, Schwindel usw. ausgefüllt war.

Kasuistik und Literaturangaben finden sich bei *Bartens* (2), *Viktor* (52), *Eckert* (12), *Cramer* (6), *Szuman* (49 und 50). Dazu kommen einige Beobachtungen der hiesigen Klinik. Die ursächlichen Momente sind neben der verschiedenartigen Wärmewirkung Alkohol, körperliche Überanstrengung, Trauma capitis, hereditäre Belastung. Als Ausgänge sind Tod, chronischer Verlauf mit Verfall in Demenz und Heilung der Krankheit angegeben. Soweit Diagnosen gestellt sind, werden die Fälle als progressive Paralyse, Demenz, Melancholie, Verrücktheit, Epilepsie aufgeführt.

Die naheliegenden Schwierigkeiten einer kritischen Würdigung dieser Kasuistik verpflichten, wie voraus betont sei, bezüglich der aus ihnen zu ziehenden Schlüsse zu um so größerer Vorsicht, je älter das Material ist, was hier für einen Teil der Fälle zutrifft.

Was die Ätiologie angeht, so kann man nur dann annehmen, daß Hitzschlag oder Sonnenstich der Psychose vorausgegangen ist, wenn er vom Arzt beobachtet und festgestellt wurde oder mangels ärztlicher Zeugen die anderweitigen Mitteilungen ihn wahrscheinlich machten. Letzteres ist nicht der Fall, wenn z. B. nur bekannt ist, daß bei heißem und schwülem Wetter und körperlicher Arbeit die Krankheit plötzlich oder anscheinend akut einsetzt. Mit demselben Recht könnte man strenge Kälte, wie es bei einer Reihe hiesiger Fälle geschehen ist, oder auch Alkoholgenuß, Gemütsbewegungen als die Ursache der nachfolgenden Krankheit bezeichnen. Sogar nervöse oder Allgemeinsymptome, wie Kopfschmerz, Übelkeit, Mattigkeit, dürften nicht ohne weiteres als Beweise eines vorausgegangenen Hitzeinsultes aufgefaßt werden, da auch ohne einen solchen nicht selten Psychosen, die alkoholischer Natur sind oder der Dementia praecox oder paralytica usw. angehören, in ähnlicher Weise sich entwickeln können. Sind derartige Erscheinungen aber tatsächlich Ausdruck eines leichten Hitzetraumas gewesen, so ist es kaum zu glauben, daß dieses

ausschließliche Ursache der nachfolgenden, meist schweren Psychose sein soll, da man selbst erhebliche Hitzeattacken ohne konsekutive Geistesstörung verlaufen sieht. Wohl aber ist es möglich, daß sie mit anderen Momenten zusammen den Boden für eine Psychose ebnen können oder den letzten Anstoß für ihren Ausbruch darstellen.

Einfacher ist der Nachweis kalorischer Faktoren da, wo die Betreffenden längere Zeit hohen Hitzegraden künstlicher oder natürlicher Wärme ausgesetzt waren, so z. B. Feuerarbeiter oder in den Tropen Lebende. Damit ist indes über die ätiologische Stellung der Hitzewirkung zum nachfolgenden Irresein noch nichts gesagt. Wenn ihr aber, wie von manchen behauptet wird, wirklich ein so weittragender Einfluß auf das Irresein zukommt, so muß er sich nicht nur in der Häufigkeit geistiger Störungen nach Hitzschlag oder Sonnenstich zeigen, was vorläufig noch nicht bewiesen ist, sondern die gesamten Feuerberufe müssen einen wesentlichen Beitrag zu den Geisteskrankheiten liefern. Dies wird auch von einzelnen (z. B. *Simon*, *Huppert* cit. nach *Viktor* (52)) angenommen; *Moreau* (52) glaubt eine eigene Geistesstörung bei Köchen, „Folie des cuisiniers“, aufstellen zu können. die Beziehungen zur progressiven Paralyse habe, und nach *Voisin* (52) ist der Aufenthalt vor glühendem Feuer und in heißer Luft geeignet, den Boden für den Ausbruch der Paralyse zu präparieren. Nehmen wir noch die einundzwanzig Fälle von *Bartens* (2) und *Viktor* (52) bei Hütten- und Gießereiarbeitern, so ist die einschlägige Literatur, soweit ich sie zu sammeln vermochte, im wesentlichen erschöpft. Zu diesen immerhin bescheidenen Ergebnissen kommt das Resultat einer Nachprüfung am Material der hiesigen Klinik, demzufolge im Lauf der letzten 2½ Jahre noch nicht 4½% Kranke, deren Psychosen alle möglichen Formen aufwiesen, in irgendwelchen Feuerberufen tätig gewesen waren. Am häufigsten unter ihnen waren die Trinker vertreten: ein spezifischer Einfluß der Wärme auf die Gestaltung der Psychose trat nirgends hervor.

Alles in allem kann man nach dem vorliegenden Material und den bisherigen Erfahrungen auch in der länger einwirkenden Hitze eine so große Gefahr, wie sie von manchen dargestellt

wird, für Erkrankungen psychischer Art vorläufig nicht sehen. An dieser Auffassung ändern auch die Publikationen von *Bartens* und *Viktor* nichts, da die Zahl dieser Fälle im Vergleich zu den Tausenden von Arbeitern in Hütten und Gießereien usw. geradezu verschwinden. Dazu kommt der bemerkenswerte Umstand, daß weitere Erfahrungen ähnlicher Art meines Wissens in den letzten zwanzig Jahren nicht mehr gemacht wurden.

Die Gründe für diese Seltenheit liegen vielleicht zum Teil in den vervollkommenen hygienischen Einrichtungen der Betriebe, sowie in dem Umstand, daß diese Berufe immer wieder den Genuß frischer Luft und Abkühlungen ermöglichen. Außerdem darf erwähnt werden, daß organische Veränderungen am Zentralnervensystem und seinen Häuten, die nach jahrelangem Arbeiten in der Hitze sich ausbilden mögen, doch meist so langsam und allmählich sich entwickeln, daß die resultierenden nervösen und psychischen Erscheinungen der Beobachtung ganz entgehen oder doch nicht die Höhe ausgesprochener psychotischer Symptome erreichen. Meningitische Veränderungen konstatiert man ja ab und an als Nebenfunde bei Sektionen, ohne bestimmte klinische Krankheitszeichen für sie verantwortlich machen zu können. Endlich aber dürfte die moderne Forschung gegenüber dem spezifischen ätiologischen Einfluß der Hitze, wie überhaupt in der ganzen Frage der Ätiologie des Irreseins, eine reserviertere Haltung einnehmen.

Muß man somit von einer tiefgreifenden ätiologischen Bedeutung der künstlichen Hitze von vornherein sehr wahrscheinlich absehen, so ist damit keineswegs die Möglichkeit, als prädisponierendes Moment für Psychosen zu wirken, ausgeschlossen, was schon aus dem mehrfach erwähnten Komplex nervöser und psychischer Symptome als Residuen schwererer Hitzeattacken sich ergibt. Ebenso könnte sie auch als Gelegenheitsursache von Geistesstörungen wirksam werden.

Von weiteren ätiologischen Faktoren ist in den zunächst zu berücksichtigenden Arbeiten von *Bartens* und *Viktor* hereditäre Belastung, Alkoholabusus und Überanstrengung in einzelnen Beobachtungen, in anderen aber über das Vorleben überhaupt nichts und in keiner etwas von Lues erwähnt.

Am häufigsten kehrt unter den Krankheitsbildern die progressive Paralyse wieder, die bei einer kleinen Zahl von Fällen unmittelbar oder einige Zeit nach dem Überstehen großer Sonnenhitze, bei den meisten aber sich entwickelte, nachdem die Leute jahrelang großer künstlicher Wärme ausgesetzt waren und zunächst ein Vorstadium nervöser und psychischer Beschwerden durchgemacht hatten.

Die Autoren lassen keinen Zweifel darüber, daß sie die Hitze für die eigentliche Ursache dieser Psychose halten. Eine Stütze erhält die Ansicht, daß die progressive Paralyse durch Wärmetraumen bedingt sein könne, durch gleichlautende Äußerungen französischer Forscher, besonders von *Voisin* (52), *Moreau* (52), *Baillarger* (52); auch *Strange* (52) pflichtet dieser Lehre bei. Da diese Paralyse infolge von Wärmewirkung sich in keinem wesentlichen Punkt von derjenigen unterscheidet, für deren Entwicklung nach allgemeiner Annahme überstandene Lues Vorbedingung ist, so müßten, die Richtigkeit der Ansicht genannter Autoren vorausgesetzt, Hitzeinsulte der Lues sich als gleichwertige Ursache für die Paralyse an die Seite stellen.

Die Bedenken dagegen liegen nahe. Wäre die obige Lehre richtig, so müßte die Hitze bei ihrer Häufigkeit viel öfter, als es in Wirklichkeit der Fall ist, als ätiologischer Faktor in der Paralyseanamnese erscheinen und folglich Feuerarbeiter ganz besonders der Gefahr dieser Erkrankung ausgesetzt sein, was aber nach der Statistik hiesiger Klinik sich nicht so verhält, denn unter den früher erwähnten Kranken der Klinik, die in Feuerberufen tätig waren, fand sich kein Paralytiker. Auch das Fehlen von Lues in der Anamnese der kasuistischen Fälle beweist nichts im Sinn der Autoren, da bekanntlich nach den Untersuchungen *Hirschls* (23) sogar bei Luikern im Tertiärstadium von überstandener Syphilis in etwa 36% anamnestisch nichts zu eruieren war. Endlich wird diese Ansicht auch nicht gestützt durch den unmittelbar auf die Wärmewirkung oder nach einem Zwischenstadium nervöser und psychischer Symptome folgenden Beginn der Krankheit. Er deutet vielmehr nur darauf hin, daß die Hitze der Psychose entweder zur unmittelbaren Entwicklung verholfen hat, oder eine der Schädlichkeiten ist, die den Boden für die Paralyse vorbereiten helfen.

Zu erwägen bleibt dabei aber doch die relative Häufigkeit der *Dementia paralytica* in den Beobachtungen von *Bartens* und *Viktor*, die das Maß des Zufälligen überschreitet. Vielleicht erklärt sich diese Erscheinung daraus, daß die betreffenden Patienten aus Verkehrs- und Industriezentren kamen und der Akquisition von *Laes* mehr als Landbewohner und Kleinstädter ausgesetzt waren. Erwähnt sei noch, daß sämtliche Kranke sich im Paralysenalter befanden.

Diesen Fällen reihen sich, angeblich als gleichwertige Folge derselben Ursache, eine kleinere Zahl von Beobachtungen mit Ausgang in Heilung oder geistige Schwäche und mit der Diagnose *Paranoia*, *Melancholie*, *Demenz* an (*Bartens*, *Viktor*, *Eckert*), deren Beziehung zu den organischen Krankheitsprozessen *Bartens* in dem Auftreten von Lähmungserscheinungen erkennt, die bei Ausgang in Heilung verschwinden. Die Lähmungen in den betreffenden Fällen bestehen, soweit es sich nicht um Paralyse mit Remission oder um Alkoholpsychosen mit Neuritis handelt, in erweiterten, verengten oder etwas ungleichen Pupillen, tremor linguae usw., also um Erscheinungen, die mit den schweren neurologischen Veränderungen der Paralyse nicht in Parallele zu setzen sind, bei ähnlichen Fällen *Viktors* und *Eckerts* zudem fehlen, und angesichts ihrer Häufigkeit im neurologischen Status bei funktionellen Psychosen, den Verdacht organischer krankhafter Veränderungen nicht rechtfertigen. Gerade bei ihnen ist ihr Verschwinden im Laufe der Zeit auch am ehesten verständlich.

Soweit die fragliche Kasuistik zu übersehen ist, handelt es sich nach der heutigen Terminologie um Kranke mit *Dementia praecox*, von denen mehrere schon früher einen Krankheitsfall durchgemacht hatten. Nach unseren bisherigen Anschauungen sind die Ursachen dieser Psychosengruppe, selbst wenn in den genannten Fällen der Faktor der Hitze als Krankheitsursache gilt, mit dieser sicher nicht erschöpft. Auch hier entsteht, wie bei der Paralyse, die Frage, warum bei der Häufigkeit der Fälle von *Dementia praecox* einerseits und der Hitzeeinwirkung andererseits letztere als eine wichtige Ursache dieser Psychose nicht schon längst beschrieben und anerkannt ist.

Ich schließe hier sieben ohne Lähmungen einhergehende Fälle (unter tausend in Betracht gezogenen Krankheitsgeschichten der hiesigen Klinik) von Psychose nach akuter Hitzeeinwirkung an; sechs von ihnen wiesen die hebefrene oder katatonische Form der Dementia praecox auf, deren ätiologisches Verhältnis zum Wärmeinsult oben besprochen wurde. Im siebenten folgten auf den angeblichen Hitzschlag, dessen Einzelheiten nicht näher festzustellen waren, eine schwere „Nerven- und Geistesschwäche“ und fünf Jahre nachher Krampfanfälle, die sich in der Klinik als hysterische darstellten. Bei der hochgradigen Imbezillität des Kranken mußte die Abhängigkeit der nervösen und psychischen Schwäche vom Hitzschlag, sie sich an diesen anschloß, angezweifelt werden und der Zusammenhang der fünf Jahre nachher einsetzenden Hysterie mit der Hitzeattacke war zum mindesten zweifelhaft, ganz abgesehen davon, daß der Nachweis völliger Gesundheit vor dem Hitzschlag nicht zu erbringen war. Dazu kommen noch vier Kranke, die ihr Leiden auf die (natürliche oder künstliche) Hitze zurückführten, in der sie andauernd arbeiten mußten. Sie litten an Dementia praecox, manisch-depressivem und degenerativem Irresein.

Die vorgetragene Ansicht bezüglich des ätiologischen Verhältnisses hoher Wärmegrade zu psychischen Erkrankungen wird durch die Mannigfaltigkeit der auf die Hitze zurückgeführten Irreinsformen gestützt. Diese drängen den Verdacht auf, daß nach den bisherigen Erfahrungen sehr wahrscheinlich keine dieser Geistesstörungen als spezifische Hitzepsychose gelten kann, ja daß die Hitze nicht einmal die unerläßliche Vorbedingung für die Erkrankung in den betreffenden Fällen war, denn sonst bliebe der bunte Wechsel ihrer Formen unverständlich. Dagegen darf an der zum Irresein neben anderen Ursachen prädisponierenden und der krankheitsauslösenden Wirksamkeit hoher Wärme festgehalten werden, worauf schon der erwähnte, auf schwere Hitzeinsulte folgende Komplex bleibender psychischer und nervöser Symptome hindeutet.

Es bleibt noch die Möglichkeit eines anderen Einflusses der Hitze zu erwähnen, nämlich derjenige auf die Schnelligkeit des Krankheitsverlaufes. Obwohl in einigen Fällen der Literatur

rapide Verlauf der Psychose daran denken läßt, war dieser auch bei der Mehrzahl der Beobachtungen, zu denen auch diese gehören, nicht zu gewinnen. Endlich ist zu prüfen, ob die Hitze der Psychose trotz der Verschiedenheit ihrer Formen die charakteristische und gemeinsame Merkmale aufprägt. Dies führt als solche Kongestionen zum Kopf, heftige Tobsucht, benommenes, traumhaftes Wesen an. Viktor fand ebenfalls schwere Tobsucht, sowie starke Kopfschmerzen und Kongestionen, Benommenheit dagegen nur kurze Zeit vor dem Tod. Eine gewisse Übereinstimmung ergibt sich also hinsichtlich der Kopfschmerzen, Kongestionen und schweren Erregungszustände. Diese Erscheinungen in der übrigen Kasuistik aber nicht anzuwenden sind, auch im hiesigen Material sich nicht vorfinden, so daß die Frage, ob sie für Psychosen nach Hitzewirkung charakteristisch sind, vorläufig dahin beantwortet werden, daß ihr Auftreten von der Dauer und Intensität des Wärmetraumas abhängig sein scheint.

Hohe Hitze wird endlich von Erforschern der Tropenkrankheiten als Ursache der Epilepsie genannt. Angesichts der anatomischen Veränderungen am Gehirn und seinen Häuten als Folge der Hitzewirkung ist das Auftreten von Epilepsie denkbar; es nimmt Gowers (20) in dieser Frage eine vorsichtige Haltung ein. Er erwähnt die Insolation unter den erregenden Ursachen der Epilepsie, die gegenüber den prädisponierenden zu unzulänglich seien, als daß ihnen allein der Ausbruch der Krankheit zugeschrieben werden könnte. Aber auch als erregendes kausales Moment des ersten epileptischen Anfalles führt er die Insolation in fünfunddreißig unter dreitausend Fällen als wahrscheinlich an. Vielleicht gehört zu ihnen auch der *Eckertsche Kranke*, der vorher gesund war und mehrere Monate nach Überstehen eines Schlaganfalls an Epilepsie erkrankte, und einige wenige Fälle von Epilepsie der hiesigen Klinik, in denen nach starker natürlicher oder künstlicher Wärme der erste Krampfanfall sich einstellte. Gegenüber wurde Hitze als alleinige Krankheitsursache in keinem der hiesigen Fälle festgestellt. Die Schilderungen der einschlägigen Beobachtungen der übrigen Kasuistik sind kurz und nicht einwandfrei, so daß mir mangels eigener Erfahrung vorläufig die

Entscheidung der Frage, ob Epilepsie eine Folge der Hitze alleiniger und ausschließlicher Ursache sein kann, nicht möglich erscheint.

Sehr zugunsten einer, direkt durch Sonnenstich, wohl auf dem Weg organischer Hirnläsion, erzeugten Epilepsie spricht allerdings eine Beobachtung von Herrn Sanitätsrat *Wildermuth*, Stuttgart, die er in der Diskussion dieses Vortrags erwähnte, und deren Anführung er mir in dankenswertester Weise gestattete.

F., Kaufmann, 32 Jahre. Lues sicher auszuschließen. Seit 19. Lebensjahr in Manila, an das Klima völlig adaptiert, Malaria zweifelhaft, jedenfalls nur leichte Anfälle.

Mit 24 Jahren (Mai und Juni 1898) längere Reise ins Innere in wenig komfortablen Booten auf schmalen Flußläufen. Unangenehme Reizung im Kopf durch den fortgesetzten Anblick des glitzernden Wassers. I. Anfall 29. Juni 1898 an besonders heißem Tage: Übelsein, Schwindel, Gefühl eines Schlages in die rechte Nackenhälfte, Lahmwerden des rechten Armes und Beines, Ausstoßen eines Schreis. Patient empfand dies alles, wenn auch unklar. Dann bewußtlos für 1—2 Stunden, darauf große Mattigkeit, heftiger Durst, dumpfer Kopfschmerz, starkes Schwächegefühl der rechten Extremitäten, peinliches Blendungsgefühl besonders im rechten Auge. II. Anfall 10. Juli 1898: Schmerzhaftes Blendungsgefühl, Gefühl von Schwindel und Schlag in den Nacken, krampfhaft, scheinbar besonders tonische, Kontraktionen des rechten Armes; am 11. Juli III. Anfall wie der II. verlaufend. Vom 4. August 1898 ab (Brom) Behandlung. Jedes helle Licht wird schmerzhaft empfunden. IV. Anfall 24. September wie oben, aber schwächer. 25. September mehrmals leichter Schwindel. Auf der Seefahrt Schlaflosigkeit, Gefühl allgemeiner peinlicher Erregung, anhaltende Überempfindlichkeit gegen Licht.

Befund von Sanitätsrat *Wildermuth* 7. November 1898. Außer mäßiger Milzvergrößerung innere Organe normal. Neurologisch: Rechte Supraorbitalmuskulatur leicht druckempfindlich, rechte Pupille ein wenig weiter als die linke, beide Papillen leicht gerötet, rechter Fazialis etwas < linker, rechter Patellarreflex lebhafter als linker; im übrigen durchaus normale Verhältnisse.

1899. Langsam zunehmende Besserung, kein Anfall, nur einige Male leichte und rasch vorübergehende Parästhesien am rechten Arm, einmal auch am rechten Auge mit der Empfindung, das rechte Auge werde kleiner. Gegen Licht noch überempfindlich; 13. Februar Pupillendifferenz noch nachweislich. — Beginnt, etwas zu arbeiten.

1901. Februar. Stärkerer Schwindelanfall mit Schwäche und Zittern im rechten Bein, ab und zu rasch vorübergehendes Steifigkeitsgefühl im Nacken rechts. Arbeitsfähigkeit besser, allgemeine Ernährung noch schlecht.

1902 verläuft ganz gut. Besserung der Ernährung. Blendungsgefühl geringer.

1903. Anhaltende Besserung, in verantwortungsreicher Stellung wie früher nur im August rasch vorübergehendes Gefühl von Schwäche und Hitze im rechten Arm und Bein.

1904 und 1905 gut verlaufen. 1906 rechtes Auge gegen grelles Licht noch empfindlich. Januar 1906 erhebliche Besserung der allgemeinen Ernährung (Patient lebt sehr vorsichtig und nimmt täglich noch 3 g Bromnatron). Pupillendifferenz verschwunden.

Keine Berücksichtigung haben bei den bisherigen Auseinandersetzungen die bei Europäern in den Tropen beobachteten Psychosen gefunden. Eine eingehende kritische Behandlung der betreffenden Literatur (v. *Becker* (3) *Rasch* (41), weitere Literatur daselbst) verbietet sich für mich, da ich eigne Erfahrungen hierüber nicht besitze.

Zum Vergleich mit den oben angestellten Erwägungen sei nur auf folgendes hingewiesen: Es kommen bei Europäern in den Tropen Psychosen vor, die sich ungezwungen in die uns bekannten klinischen Formen einreihen lassen und auch ohne Hitzeeinflüsse zum Ausbruch kommen. Zu ihnen treten aber noch andere, die der Schilderung nach kein geschlossenes Krankheitsbild darstellen. Sie scheinen einer Kombination verschiedener Krankheitsursachen zu entspringen, deren wesentliche neben dem tropischen Klima ganz besonders neuro- oder psychopathische Konstitution, sodann der in den Tropen sehr deletär wirkende Alkohol, gemüthliche Einflüsse, körperliche Erkrankungen und Überanstrengungen sind. Gemeinsam ist diesen psychotischen Zuständen, die sich, oft rapide, namentlich während der Akklimatisation entwickeln sollen, eine Einbuße an Gedächtnis sowie körperlicher, geistiger und sittlicher Leistungsfähigkeit, schwere Willenlosigkeit und Schaffheit, die zur Vernachlässigung der nächstliegenden gesellschaftlichen, gesundheitlichen und beruflichen Pflichten führt, und eine exzessive Steigerung der Affekterregbarkeit, die ihren Ausdruck in elementaren Zornexplosionen und impulsiven Gewaltakten mit nachfolgender starker Erschöpfung findet. Dazu kommen von nervösen Symptomen hartnäckige Schlaflosigkeit und vasomotorische Erscheinungen (Kongestionen mit Kopfschmerz, Herzklopfen, schwere Beklemmungen und Angstanfälle). Dieser Symptomenkomplex, für den man bekanntlich die Bezeichnung Tropenkoller gewählt hat, verschwindet bis zur völligen Wiederherstellung

der Gesundheit nach Rückkehr in gemäßigtes Klima, sofern nicht schon bleibende Defektzustände eingetreten sind.

Bei einem Vergleich dieser Erscheinungen mit denjenigen nach Dauereinwirkung künstlicher Wärme und nach schwerem Sonnenstich und Hitzschlag fällt somit eine Übereinstimmung gewisser Symptome auf. Andererseits ergibt sich, daß die einzelnen Krankheitsbilder keine für Hitzewirkung charakteristische, in sich geschlossene Irreseinsform annehmen. Vielmehr scheint es, als erführen die psychischen und nervösen Vorgänge durch die Hitzeinsulte gewisse elementare Alterationen, die in den besonders auf schwere Wärmetraumen folgenden Psychosen mit einer gewissen Regelmäßigkeit wiederkehren, während die klinische Form der Geistesstörung selbst durch andere, z. B. konstitutionelle oder toxische und infektiöse Faktoren bestimmt wird. Auch *Becker* (3) ist bezüglich der Tropenpsychosen der Ansicht, daß es sich bei den Erkrankten oft um moralisch Minderwertige handle, die in Geisteskrankheit verfallen, wenn noch weitere Schädlichkeiten hinzukommen.¹⁾

Als Ergebnis der vorliegenden Untersuchungen, die an dem bisher gesammelten kasuistischen Material angestellt wurden, ist somit folgendes auszusprechen: Akute Psychosen, die nach Art von Fieberdelirien verlaufen und diesen auch ätiologisch sich nähern, treten infolge intensiver und akuter Wärmeeinwirkungen auf und werden noch durch andere Ursachen herbeigeführt, wie hereditäre Belastung, Alkoholgenuß, körperliche Überanstrengung und Schwäche und gemütliche Erschütterungen. Ihre Frequenz scheint im allgemeinen in unseren gemäßigten Klimaten keine sehr große zu sein, mit Steigerung der natürlichen oder künstlichen Wärme aber zuzunehmen.

Spezifische Hitzepsychosen von längerer Dauer nachzuweisen ist nicht gelungen. Dagegen kann die Hitze Gelegen-

¹⁾ Nach Angabe von *J. Moreira* und *A. Peixoto* (*Les maladies mentales dans les climats tropicaux*. Rio de Janeiro 1905: Ref. im Ctrbl. f. Neur. u. Psych. 1906), auf die ich vor Drucklegung dieser Arbeit aufmerksam wurde. kommen in den Tropen besondere, anderwärts nicht auftretende Psychosen nicht vor. Lebensweise und persönliche Veranlagung sind viel wichtigere ursächliche Momente. Auch die Symptome der verschiedenen bekannten Psychosen sind nicht vom Klima beeinflußt.

Ursache oder eine der zu psychischen Erkrankungen prädisponierenden Schädlichkeiten werden und der durch andere Faktoren mitbedingten Psychose einige charakteristische Züge aufprägen, die in der Neigung zu schweren Erregungen, impulsiven Gewaltakten und einer Reihe vasomotorischer Störungen bestehen, und die auch bei den akuten deliranten Zuständen angetroffen werden.

Nach Einwirkung hoher (künstlicher oder natürlicher) Wärmegrade sind sodann allerlei Lähmungserscheinungen sowie psychische Defektzustände beobachtet worden, die in Herabsetzung der Widerstandskraft bei körperlicher Arbeit und Krankheit, gegen Alkohol und gemüthliche Einflüsse, in einer Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, der Gedächtniskraft und des sittlichen Niveaus und endlich in Reizbarkeit und Willensschwäche bestehen.

Sehr wohl möglich, aber bisher nur in vereinzelten Fällen verlässlich beobachtet ist endlich die Epilepsie, wahrscheinlich als Folge organischer und durch Hitzewirkung entstandener zerebraler Schädlichkeiten. Etwas häufiger dürfte die Wärmebestrahlung als direkte erregende Ursache des ersten epileptischen Krampfanfalls fungieren.

Literatur.

1. *Arndt, R.* Zur Pathologie des Hitzschlags. Virchows Archiv f. path. anat. Bd. 64.
2. *Bartens*, Über den Einfluß strahlender Wärme auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 34.
3. *Becker*, Tropenkoller. Psychiatr. neurolog. Wochenschr. Bd. 4 (Refer.).
4. *Binswanger*, Die Epilepsie. Nothnagel XII, 1.
5. *Binz*, Über Anwendung des Chinins bei Hitzschlag. Deutsche militär-ärztliche Zeitschrift 1895.
6. *Cramer*, Faserschwund nach Insolation. Neurol. Zentralbl. 1890 (Refer.).
7. *Dick*, Geistesranke als Opfer des letzten deutsch-französischen Krieges 1870/71. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 30.
8. *Dietz*, Geistesstörungen in der Armee im Frieden und im Krieg. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44.
9. *Dittrich*, Über Hitzschlag mit tödlichem Ausgang. Schmidts Jahrbücher 243 (Refer.).
10. *Düms*, Handbuch der Militärkrankheiten Bd. 3. Leipzig 1900.
11. *Ebstein* und *Schwalbe*, Handbuch der praktischen Medizin. Bd. V.
12. *Eckert*, Mitteilungen über drei Fälle von Geistesstörungen nach Hitzschlag bei Soldaten. Inaug. Diss. Berlin 1902.
13. Elfte ordentliche Versammlung des psychiatr. Vereins zu Berlin (Koster). Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 28.
14. Erkrankungen des Nervensystems bei den deutschen Heeren im Krieg gegen Frankreich 1870/71.
15. Feldbrief aus Frankreich. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 27.
16. *Féré*, Les Épilepsies et les Épileptiques.
17. *Fröhlich*, Geisteskrankheiten und Selbstmorde in der Armee. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 41 (Refer.).
18. Derselbe, Über

- Psychosen beim Militär. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 36. 19. *Frost*, Trauma and sun-stroke as causes of insanity. Neurol. Zentralbl. 1897 (Refer.). 20. *Gowers*, Die Epilepsie. 1902. 21. *Griesinger*, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. IV. Aufl. 22. *Herford*, Zur Lehre vom Hitzschlag. Deutsche Med. Wochenschr. 1900. 23. *Hirschl*, Jahrbücher für Psychiatrie XIV. 24. *Huppert*, Zur Kasuistik des Irreseins infolge des Feldzuges von 1866. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 28. 25. *Ideler*, Mitteilungen über Psychosen bei Militärpersonen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 29. 26. *Ibery*, Über Geistesstörungen in der Armee zur Friedenszeit. 27. *Kelsch*, A propos du coup de chaleur. Schmidts Jahrbücher 247 (Refer.). 28. *Kirchhoff*, Lehrbuch der Psychiatrie. 1892. 29. *Kraepelin*, Psychiatrie. VII. Aufl. 30. *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie. V. Aufl. 1893. 31. *Krauß*, Einiges über Hitzschlag. Deutsche militär-ärztliche Zeitschr. 1898. 32. *Lacerau und Regnard*, Recherches expériment. sur la pathogénie du coup de chaleur. Schmidts Jahrbücher 247 (Refer.). 33. *v. Liebermeister*, Vorlesungen über spezielle Pathologie und Therapie. Bd. II. Leipzig 1886. 34. *Löchner*, Über Psychosen beim Militär nach Feldzügen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 37. 35. Militärstatistisches Jahrbuch der österreichischen Armee für 1877. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 38 (Refer.). 36. *Müller*, Sonnenstich. Deutsche militär-ärztliche Zeitschr. 1887 (Refer.). 37. *Musehold*, Eulenburgs Realencyclopädie XXII. 38. *Nasse*, Bemerkungen über Geistesstörungen bei Militärpersonen infolge des Krieges 1866. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 27. 39. *Oppenheim*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. IV. Aufl. 40. *Podestà*, Häufigkeit und Ursachen seelischer Erkrankungen in der deutschen Marine. Arch. f. Psych. Bd. 40. 41. *Rasch*, Über den Einfluß des Tropenklimas auf das Nervensystem. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54. 42. *Scagliosi*, Über den Sonnenstich. Schmidts Jahrbücher 274 (Refer.). 43. *Schröter*, Psychiatrische Bemerkungen aus dem Felde (1870/71). Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 28. 44. *Schüle*, Klinische Psychiatrie III. Aufl. 45. *Schultze, F.* Die Krankheiten der Hirnhäute und die Hydrocephalie. Nothnagel Bd. 9. 46. *Schwarz*, Paraplegie nach Sonnenstich. Neurol. Zentralbl. 1903 (Refer.). 47. *Sommer*, Beiträge zur Kenntnis der Militärpsychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 43. 48. *Stier*, Über Geisteskrankheiten im Heer. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 39. 49. *Szuman*, Über Störungen des Nervensystems als Nachkrankheiten des Hitzschlags. Neurol. Zentralbl. 1899 (Refer.). 50. Derselbe, Über Alterationen des Nervensystems bei Sonnenstich mit spezieller Berücksichtigung der dadurch entstehenden Neurosen. Neurol. Zentralbl. 1900 (Refer.). 51. *Thurn*, Die Wärmeabfuhr in ihrer Beziehung zum Hitzschlag, zur Kleidung, zur Herzermüdung und Herzdehnung. Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1895. 52. *Victor*, Über Geisteskrankheiten infolge hoher äußerer Temperaturen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 40. 53. *Weber*, Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. *Hoche*, Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten. Bd. 3. 54. *Ziegler*, Lehrbuch der pathol. Anatomie. 55. *Ziehen*, Psychiatrie II. Aufl.

Über Arbeitsentlohnung in unseren Irrenanstalten.¹⁾

Von

Dr. August Hegar, Wiesloch.

In einem Aktenstück einer alten Anstalt aus dem Jahre 1814 las ich den Konferenzbeschluß: die arbeitenden Kranken sollen im Winter Handschuhe erhalten. Es ist dies wohl eine der einfachsten Arbeitsbelohnungen, seither haben sich die Verhältnisse wesentlich geändert. 1827 empfiehlt *Esquirol* die Beschäftigung der Kranken schon mit der Begründung: die Armen können sich für die Zukunft etwas erwerben, gehen mit einer kleinen Geldsumme fort.

Das *Guislainsche* Reglement von 1851 sagt: die arbeitenden Kranken erhalten für ihre Leistungen eine kleine Belohnung. Soweit als möglich an Stelle des Geldes Belohnungen in Kleidung und Kostzulage.

In dem *Schnitzerschen* Lehrbuche der Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten von 1846 heißt es über diesen Punkt: Belohnungen in barem Gelde sollen nur selten gegeben werden, damit kein Mißbrauch stattfindet, z. B. Geschäfte, Abkaufen von Eßwaren, die Klügeren nehmen es den anderen ab. Andererseits ist es auch wieder gut, ihnen Geld zu geben, um zu sehen, wie sie es verwenden, und um ihnen sein Vertrauen zu zeigen.

Morel empfiehlt 1898: Von dem Betrag, den der Kranke in Empfang nimmt, läßt man ihn nach Belieben Erfrischungen, Garderobe usw. einkaufen, oder man gestattet ihm auch, denselben

¹⁾ Aus der Heil- und Pflegeanstalt Illenau.

an seine Angehörigen zu senden, Geschenke zu kaufen für seine Kinder usw. — Ein Teil davon wird, wovon der Kranke Kenntnis nehmen muß, für den Hilfsverein abgezogen; er freut sich, daß er auch zum Wohle seiner Mitkranken arbeitet.

Gegenwärtig gehen an den deutschen Anstalten zweierlei Vergünstigungen für arbeitende Kranken nebeneinander her: einmal Kostzulagen, Abgabe von Zigarren, Tabak, Anschaffung von besseren Kleidungsstücken, Uhren, Musikinstrumenten usw., Gaben, die an allen Anstalten in gleicher Weise üblich sind, höchstens in landesüblicher Weise modifiziert werden; und dann Gewährung von Geld, über das der Kranke, mehr oder weniger kontrolliert, verfügen darf. Diese Art der Arbeitsbelohnung wird von verschiedenen Seiten grundsätzlich abgelehnt, ist aber wieder in anderen Anstalten in Übung.

Die Arbeitsbelohnung für die Kranken hat sich auf der einfachen Grundlage von Leistung und Gegenleistung entwickelt. Ein Recht, irgendwelche Arbeitstätigkeit von den Kranken zu verlangen, konnte von ärztlicher Seite nie geltend gemacht werden. andererseits bestand aber auch für die Anstalt keine Verpflichtung, dem Kranken mehr zu geben als eine hygienische und seinem Zustande entsprechende Unterbringung, die festgesetzte Kost und ärztliche Behandlung. Durch die Beschäftigung ergab sich für beide Teile ein Gewinn: die Kranken hatten die Möglichkeit, sich gewisse Genüsse zu verschaffen, die ihre monotone Existenz milderten, die Anstalt gewann den Vorteil, Arbeiten, die im Betrieb sich als notwendig erwiesen, von ihren Insassen ausführen zu lassen, Taglohn zu sparen usw. Erst mit der Einführung der kolonialen Unterbringung der Kranken und der damit wachsenden Erkenntnis vom Werte einer methodisch geleiteten Beschäftigung, ihrem günstigen Einfluß auf den Gesundheitszustand der Patienten und auf die Ordnung der Anstalt entwickelte sich die Arbeitsbelohnung als eine Einrichtung, die geeignet war, die Kranken zu ihrem eigenen Besten zu einer regelmäßigen Tätigkeit zu bringen, und die ohne Zwang eine erziehlche Wirkung ausübte. Allerdings läßt sich der in der Theorie mit Recht festgehaltene Standpunkt, daß die Beschäftigung nur als Heilfaktor anzusehen ist, daß zuerst den Kranken das Bewußtsein beizubringen sei, sie

arbeiteten für ihre Gesundheit, in der Praxis nicht vollständig aufrecht erhalten. Bei der in ihrem Defektzustande begründeten Einsichtslosigkeit waren pädagogische Mittel nicht zu entbehren, die lange und unbestimmte Dauer der Anstaltsbehandlung ließ das Argument, daß der Kranke nur zu seinem Wohle arbeite und nicht für die Anstalt, allmählich an Beweiskraft verlieren. Dafür, daß der Kranke oft jahrelang seine Arbeitskraft zum Nutzen der Anstalt verwendete, bildete sich doch eine gewisse Verpflichtung aus, man erkannte stillschweigend einen Anspruch auf Gegenleistung an. Soweit daher den Anstalten Mittel zur Unterstützung bedürftiger Kranker zur Verfügung standen, wurde am liebsten und vorzugsweise den Arbeitenden gegeben, sei es zur Hilfe bei der Entlassung, sei es zum Besten ihrer notleidenden Familie. Eine weitere Ausdehnung nach der Seite der sozialen Fürsorge hin erhielt die Arbeitsbelohnung durch die Bestrebungen von *Ohla*¹⁾, *Berze*²⁾, *M. Fischer*³⁾: dieselben heben besonders hervor, daß der Kranke, der bisher der Ernährer seiner Familie war, auch in der Anstalt, in der er vielleicht jahrelang zurückgehalten werden muß, einen Anspruch habe, daß er seine Arbeitskraft zum Nutzen seiner Angehörigen verwende, daß dieselbe nicht nur zum Vorteil der Anstalt ausgenutzt werde. Besonders wird darauf hingewiesen, daß die Strafgefangenen in dieser Hinsicht den Kranken gegenüber bevorzugt werden, daß jeder von diesen mit durch seine Arbeit erworbenen Sparspfennigen entlassen werde. — Es wird also den arbeitenden Kranken eine Berechtigung zum Verdienste zuerkannt, aus der Arbeitsbelohnung wird eine Arbeitsentlohnung. Zur Durchführung dieser der Wohlfahrt der Kranken dienenden Maßregel wird die Einrichtung und die weitere Ausdehnung der sogenannten Arbeiterverdienstkassen empfohlen; *Fischer* gibt dabei genaue Anweisungen über die Regelung des Arbeitverdienstwesens.

Die Gründung der Arbeiterverdienstkassen liegt sehr weit zurück, die damit gemachten Erfahrungen sind jedoch, abgesehen

1) Psych.-Neurol. Wochenschrift 1900 Nr. 38, 39.

2) Psych.-Neurol. Wochenschrift 1900 Nr. 48.

3) *M. Fischer*: Wirtschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge. 1901.

von den in einem Aufsätze von *Berze*¹⁾ ausgesprochenen, noch nicht weiter erörtert worden. Das Statut der niederösterreichischen Landesirrenanstalten von 1869 sieht schon die Entlohnung vor: die Verdienstgelder, die nach einem bestimmten Tarife und Begutachtung des Direktors festgesetzt werden, sind Eigentum des Kranken und werden für jeden besonders verrechnet. Der Bericht des ungarischen Ministeriums des Innern über das Irrenwesen von 1900 nennt die Verdienstgelder eine nachahmenswerte Institution. Für die Entlohnung waren im Budget 6800 Kronen bewilligt. Jeder arbeitende Kranke erhält täglich 40 Heller, über die er frei verfügt. Hierdurch wird denselben die Möglichkeit, etwas zu sparen, gegeben. In einzelnen Fällen können auch die Angehörigen über das dem Kranken gehörige Geld verfügen. Daß auch die Unterhaltungen, Festlichkeiten für die Kranken aus diesem Betrage gedeckt werden, vermindert allerdings die Bedeutung des gewährten Kredites erheblich. Die in Deutschland bestehenden Formen der Verdienstkassen stellen einen Fonds dar, der aus den Arbeitsverdienstanteilen der Kranken gebildet wird. Derselbe steht zur Verfügung des Direktors und wird lediglich zu Vergünstigungen für Kranke verwandt. Es wird in einzelnen Anstalten Wert darauf gelegt, daß die Kranken wissen, daß ihre Arbeit diese Kasse unterhält und ihnen so ihre Vergnügungen ermöglicht.

Das von *Krayatsch* zur Einführung geplante System der Verdienstkasse sieht einen durch die Gesamtheit der arbeitenden Pflinglinge erhaltenen Fonds vor, aus dem die berechtigten Ansprüche der einzelnen befriedigt werden. Eine Ausnahme machen besonders selbständige und hervorragende Arbeiter, denen das Erträgnis ihrer Arbeit individuell gutgeschrieben wird.

Nach dem Vorschlage *Berzes* wird das Prinzip gewahrt, daß die Arbeitsleistungen der Kranken an der Anstalt vergütet werden. *Berze* hält aber nach seinen Erfahrungen den Modus der Einzelentlohnung nicht für zweckmäßig und möchte dieselbe möglichst vermeiden. Die Kranken tragen zwar zu dem Bestand der Kasse bei, erhalten aber nur in zwei Fällen etwas aus derselben: 1. zur

¹⁾ Psych.-Neurol. Wochenschrift 1900 Nr. 48.

Unterstützung der bedürftigen Angehörigen, 2. zur Unterstützung bei der Entlassung. Es handelt sich also wesentlich um einen Unterstützungsfonds. Nach der ganzen Lage der Dinge würden nun am meisten die Kranken partizipieren, die Wohltat dieser Einrichtung genießen, die nur kurze Zeit gearbeitet haben. *Berze* zieht denn auch die Konsequenz, aus dieser Kasse auch Unterstützungen an nichtarbeitende Kranke zu geben. Für solche Zwecke genügt aber schließlich auch ein von der Regierung ausgesetzter Kredit. Es würde sonst darauf hinauslaufen, für die Anstalt auf einem Umwege einen allgemeinen Unterstützungsfonds zu schaffen.

Die ganze Einrichtung der Verdienstkassen entbehrt, wie man sieht, noch einer festen Grundlage. Schon die erste Frage, inwieweit der Kranke einen Anspruch auf eine Entschädigung für seine Arbeit hat, ist durchaus noch nicht allgemein bejaht worden, auch nicht von den Anstalten, die Arbeiterverdienstkassen besitzen. Man wird daher besser erst untersuchen, wieweit überhaupt ein Bedürfnis besteht, den arbeitenden Kranken außer den gebräuchlichen Vergünstigungen noch weitere an Geld zuzuweisen, wie weit damit ein Nutzen geschaffen werden kann. Der Beantwortung dieser rein praktischen Frage möchte ich in den folgenden Zusammenstellungen näher treten. Es war dazu eine Übersicht über eine größere Zahl von arbeitenden Kranken nötig, bei der zugleich jeder einzelne in seinen besonderen Verhältnissen betrachtet werden konnte.

In der Anstalt Illenau wird die Geldbelohnung an Kranke schon sehr lange geübt, wobei besonders das humane Ziel der Unterstützung der bedürftigen Angehörigen im Auge behalten wurde. Erst in den letzten Jahren wurde mit Hilfe eines von der Regierung zur Verfügung gestellten Kredites in systematischer Weise die Einzelbelohnung von Arbeitern eingeführt. Es wurde jedem derselben eine bestimmte Summe gutgeschrieben, die ihm bei der Entlassung zur Verfügung stand, oder während seines Anstaltsaufenthaltes erlaubte, berechtigte Wünsche zu befriedigen. Da die Zuteilung und Kontrolle sich von engen Gesichtspunkten fern hielt und in liberaler Weise ausgeübt wurde, so dürften unsere Erfahrungen in ungezwungener Weise darstellen, was der Kranke mit seinem Gelde anfangen hat.

Um mich nicht zu sehr in Einzelheiten zu verlieren, war eine gewisse Sichtung notwendig. Ich habe daher nur Kranke — 122 Männer — berücksichtigt, die ich genau kannte und über deren Verhalten nach der Entlassung ich mir sichere Auskunft verschaffen konnte. Ferner wählte ich nur solche aus, die tatsächliche Arbeitsleistungen aufzuweisen hatten: einigermaßen selbstständige Arbeiten im landwirtschaftlichen Betrieb, in den Werkstätten, als Hilfskraft in Wasch- und Kochküche, ferner bei Arbeiten, für welche die Anstalt weiteres Personal oder Tagelöhner hätte einstellen müssen. Die Arbeitszeit mußte täglich mindestens sechs Stunden betragen; die Kranken mußten ununterbrochen mindestens ein Vierteljahr bei der Arbeit geblieben sein. Es fiel also weg: die sogenannte Hausarbeit, alle Arbeit, die nur durch Ziehen oder Tragen geleistet wurde, das in Illenau aus therapeutischen Gründen sehr beliebte nützliche Holzsägen, für das nur drei bis vier Stunden täglich verwendet werden konnte, endlich die nur kurze Betätigung der Rekonvaleszenten, bei denen eine Abschätzung der Arbeitsresultate zu geringfügig gewesen wäre.

Die Arbeitsleistungen, über die ich mich persönlich und durch Berichte der verschiedenen die Kranken beaufsichtigenden Faktoren vergewisserte, qualifizierte ich mit $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1, wobei letzteres etwa die Tagesarbeit eines gesunden Tagelöhners erreichte.

Die Arbeitsbelohnung betrug zwei bis fünf Mark monatlich. die ersparte Summe wurde aber bei verheirateten Kranken und bei der Entlassung je nach den Leistungen noch erheblich erhöht. Bei der Gruppierung der Kranken zeigte sich eine gewisse Schwierigkeit, da zahlreiche Gesichtspunkte in Frage kamen und jeder Fall wieder seine Besonderheiten bot. Eine praktische Scheidung ergab sich sofort zwischen Verheirateten und Ledigen. Es zeigte sich, daß dieselbe auch eine gute klinische Trennung ergab, da bei den Verheirateten die Diagnosenstellung einfacher und leichter war, viel „reinere“ Fälle in sich schloß. Eine zu große Bedeutung darf man übrigens hier der Diagnose nicht beilegen, da meiner Beobachtung nach die Individualität der Kranken nach Ablauf der akuten Erscheinungen wieder stärker hervortritt, der ursprüngliche und durch Erziehung und Herkunft erworbene Charakter sich mehr geltend macht. So verwendete der verblödete

junge Bauernbursche seine Ersparnisse besser, war in seinen Wünschen verständiger, als der intellektuell ihm weit überlegene, aber seinen Trieben und Neigungen leichter nachgebende städtische Arbeiter.

Bei den Verheirateten handelte es sich nur um drei Gruppen:

1. Chronische Alkoholisten: acht an Zahl; nur ein jüngerer Mann erreichte die volle Arbeitsleistung, drei waren mit $\frac{1}{2}$ qualifiziert, die übrigen mit $\frac{3}{4}$. Was die Vermögenslage betrifft, so bezahlte bei zweien der Armenverband, bei einem derselben war der durch die Erkrankung hervorgerufene finanzielle Ruin bereits vor der Aufnahme vollendet; in zwei Fällen war keine direkte Notlage vorhanden, auch in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.¹⁾ Die übrigen vier waren zwar Selbstzahler, eine Unterstützung der Familie durch Lohn war aber wünschenswert, da die Arbeitskraft des Mannes naturgemäß sehr entbehrt wurde, auf die Dauer der ökonomische Rückgang vorauszusehen war. Hier ist wohl der Platz, eine sehr humane und weitblickende Einrichtung zu erwähnen, die der Armenverband der Stadt Leipzig getroffen hat; derselbe setzt nämlich für die arbeitenden Kranken der Anstalt Dösen eine Summe als Arbeitsentlohnung aus, die dann an die Familie als Unterstützung abgegeben wird. Der Wert dieser Maßregel kommt besonders bei den Alkoholikern zur Geltung, bei denen ja eine verfrühte Entlassung mit Rücksicht auf die Existenz der Familie so oft nicht zu umgehen ist. Es wird sich nur die Schwierigkeit ergeben, daß die Unterstützung plötzlich aufhören kann, wenn der Kranke arbeitsunfähig wird. So war auch in einem meiner Fälle, wo die Familie die Unterstützung sehr gut gebrauchen konnte, der Kranke nach einem Jahr infolge zunehmender Verblödung zur Arbeit nicht mehr zu verwenden. Ich glaube, daß derartige Vorkommnisse selbst bei nachsichtigster Beurteilung der Arbeitsleistungen nicht selten sein werden. Von den acht Kranken waren fünf nach wiederholter

¹⁾ Die nicht bedürftigen Kranken müssen schon der Vollständigkeit halber mit angeführt werden; man wird dieselben auch, wenn man die Arbeitsleistung bewertet, nicht ausschließen dürfen.

Entlassung dauernd anstaltsbedürftig geworden; bei zwei vermöglichen bestand kein Bedürfnis der Aufsparung des Lohnes für die Entlassung, ein Kranker vertrank seine Ersparnisse sofort auf der Heimreise.

Eine Verwendung des Lohnes innerhalb der Anstalt war bei sechs nicht notwendig, es bestand keinerlei Veranlassung, ihnen durch Geldbeihilfe besondere Vorteile zukommen zu lassen, obgleich die Ansprüche durchaus nicht fehlten. Bei zwei dauernd verpflegten fleißigen Arbeitern konnte, wenn auch unter strengster Kontrolle, eine Verwertung ihres Lohnes erlaubt werden.

2. Periodische und zirkuläre Psychosen: Diese Gruppe umfaßt ebenfalls acht Kranke, zwei davon waren mit $\frac{1}{2}$ qualifiziert, die übrigen mit $\frac{3}{4}$, also kein Vollarbeiter. Fünf Kranke, die übrigens wiederholt früher schon aufgenommen worden waren, konnten nach einer Arbeitszeit von $\frac{1}{2}$ —1 Jahr entlassen werden. Die drei jetzt dauernd Verpflegten haben eine Arbeitszeit von $\frac{3}{4}$, 3 und 12 Jahren. Der letztere Kranke fing erst nach einem Aufenthalt von 10 Jahren an zu arbeiten. Es bestanden bei ihm schwere Erregungszustände, die eine Entlassung nicht möglich machten. Trotzdem kämpfte die Frau, die neben der Pflege für kleine Kinder das Gütchen bewirtschaftete, jahrelang darum, daß ihr Mann entlassen werde. Als aber nach langer Zeit endlich die Möglichkeit eintrat, lehnte die Frau die Zurücknahme ab, da sie neben der Feldarbeit und den Kindern nicht noch den kranken Mann beaufsichtigen könne.

In einem Falle bestand keine Notlage; bei den übrigen hatte bei vier der Armenverband die Verpflegung übernommen: bei ihnen und den drei Selbstzahlern waren Frau und mehrere Kinder durch die Erkrankung des Mannes in eine Notlage gekommen: es war Gefahr vorhanden, daß das kleine Besitztum bald veräußert werden mußte.

Bei den vier bedürftigen Entlassenen bewährte es sich, daß ihnen Geld mitgegeben werden konnte; es handelte sich um eine wohlangewandte Unterstützung. Ein Bedürfnis, die Geldbelohnung während des Anstaltsaufenthaltes zu verwenden, bestand nicht, es wurden von den Kranken — alle aus bäuerlichem Stande — auch keinerlei Ansprüche gemacht. Nur einer der dauernd Ver-

pfliegten hatte in der Erregung allerlei Wünsche, er schickte übrigens auf Aufforderung Geld an seine kranke Frau.

3. Die letzte Gruppe — Paranoia — umfaßt vierzehn Kranke: es handelt sich um Leute, die bei Beginn der Erkrankung im besten Mannesalter standen; es bestand ein chronischer systematisierter Verfolgungswahn; Gedankengang und Haltung waren geordnet; Sinnestäuschungen spielten keine große Rolle.

Nach den Arbeitsleistungen qualifizierten sich acht als Vollarbeiter, die übrigen als $\frac{3}{4}$; mit $\frac{1}{2}$ befand sich keiner darunter. Neun konnten nach einer Arbeitszeit von $\frac{1}{2}$ —4 Jahren entlassen werden. Die Vermögenslage gestaltete sich mit Ausnahme eines Patienten durch ihre Erkrankung ungünstig. Es waren bei allen kleine — drei bis zehn — Kinder vorhanden. Bei sieben bezahlte — vorbehaltlich des Rückgriffsrechtes — der Armenverband, bei den übrigen bestand die Gefahr, daß bei Weiterdauer der Anstaltsbedürftigkeit der finanzielle Ruin eintreten würde, daß mit Verlust ihres ländlichen Besitztums, ihres Geschäfts- oder Handwerkbetriebes die Familie vollständig proletarisiert und zersprengt würde.

Unter den Entlassenen bildete bei sieben die Ersparung des Lohnes eine wohlangebrachte Unterstützung; bei einem Kranken wurde das Geld mit seiner Zustimmung der Frau eingehändigt. Drei schickten übrigens schon vor der Entlassung Geld heim, zwei von selbst, einer auf Aufforderung.

Auch bei den dauernd in der Anstalt zurückbehaltenen Pflieglingen war die Verwendung des Lohnes eine gute, irgendwelche persönlichen Ansprüche wurden kaum gemacht; zwei schickten regelmäßig Geld für die Kinder nach Hause. Einer dieser Kranken mußte nach dreijähriger Arbeitszeit wegen zunehmender Gefährlichkeit von der Arbeit zurückbehalten werden, was denselben mit Rücksicht auf seine bedürftige Familie sehr affizierte. Ein sehr fleißiger Kranker lehnte jede Be- oder Entlohnung seiner Arbeit, auch die Kostzulagen, aus krankhaften Motiven energisch ab, weigerte sich auch, seine Angehörigen mit dem Gelde zu unterstützen. Bei dieser Gruppe kam es mehrfach vor, daß Gemeinde und Angehörige das Ansuchen an die Anstalt richteten, kein Verpflegungsgeld mehr zu erheben, da der Kranke

der Anstalt ja „keine Mühe“ mache, sondern so viel nütze, daß alle Kosten gedeckt seien. In einem Falle verlangte die Ehefrau direkt die Auszahlung des Tagelohnes, den ihr Mann für seine Arbeit zu beanspruchen habe. Bei einer kriminellen Kranken, die Geld für ihre Kinder heimschickte, forderte die Gemeinde die sofortige Entlassung der ja erwerbsfähigen Kranken. Die Frau eines Kranken, dessen Entlassung anfänglich wegen homizider Tendenzen nicht zu verantworten war, der sich dann später ohne Angabe der Gründe hartnäckig weigerte, die Anstalt zu verlassen, machte den ganzen Instanzenzug durch, schrieb jammervolle Briefe, um die Entlassung zu bewirken. Die Gemeinde, die die Verpflegungskosten vorschob, machte rücksichtslos ihre Ersatzforderung geltend. Von dem Grundbesitz wurde allmählich versteigert, die Frau mußte immer weitere Schulden machen, man konnte es daher verstehen, wenn sie schrieb: „Ich kann es nicht begreifen, daß der Mann arbeitet und sein Essen verdient, während ich mit den Kindern dasitze ohne einen Pfennig und noch für die Anstalt zahlen soll.“ „Der Mann schafft in der Anstalt wie ein Knecht, und ich muß darben.“ Der Kranke selbst lehnte die Unterstützung der Familie ab. Von dem ihm zugeschriebenen Lohn schickte er einmal Geld an eine Person seines Heimatsortes, der er etwas schuldig zu sein glaubte, was natürlich die Frau aufs höchste empörte; ein andermal übergab er dem Anstaltsgeistlichen seine Ersparnisse als Stiftung für ein Jesuitenkloster; zuletzt ließ er sich von einem benachbarten Obstzüchter im Okulieren unterrichten und bezahlte denselben von seinem Arbeitsverdienst.

Die Unterstützung, die die Anstalt durch die Lohnzahlung gewährte, war zwar eine sehr angebrachte und den Angehörigen willkommene, als wirkliche Hilfe kam sie jedoch wegen ihrer Geringfügigkeit nicht in Betracht, hier konnte nur die durch die Behörde bewilligte Herabsetzung der Verpflegungskosten wirksam eingreifen, für die jedoch auch die Bedürftigkeit der Gemeinde Voraussetzung war.

Ich komme jetzt zu den Ledigen.

1. Alkoholisten, zehn an Zahl; es fanden sich darunter fünf noch jugendliche Vollarbeiter, drei zu Dreiviertel- und zwei

it **Einhalb-Arbeitsleistungen**. Bei vier der Kranken bezahlte der **Armenverband**, bei zweien der Vater, vier brauchten in absehbarer Zeit ihr Vermögen durch die Verpflegungskosten auf. Bei drei entlassenen bildete die Lohnersparnis eine wirkliche Unterstützung, drei vertranken das Geld sofort. Ein Kranker verbrauchte sein monatliches Einkommen in kurzer Zeit mit allerlei Einkäufen, so daß er bei der Entlassung nichts mehr hatte. Bei den nach verschiedenen mißglückten Entlassungsversuchen dauernd in der Anstalt verbleibenden Pfleglingen bedurfte die Verfügung über den Verdienst einer scharfen Kontrolle, da abgesehen von den Verwünschten, sich geistige Getränke zu verschaffen, ganz unverständliche Wünsche geäußert wurden. Ein wirkliches Bedürfnis, den Kranken dieser Gruppe noch in der Anstalt Geld zur Verwendung anzuweisen, bestand nicht. Zwei von ihnen waren nach einer Arbeitszeit von 1—2 Jahren geistig so zurückgegangen, daß sie nicht mehr als Arbeiter gerechnet werden konnten.

2. **Imbezille und Idioten**: unter den neun Kranken fanden sich zwei Vollarbeiter, drei zu Einhalb-, vier zu Dreiviertelleistungen. Bei sechs bezahlte bereits der Armenverband, bei zweien kam der Vater für die Verpflegungskosten auf, einer verbrauchte sein Vermögen. Angehörige, die durch die Erkrankung des Familiengliedes in Not gekommen waren, fanden sich nicht: nur in einem Falle wäre der Kranke in der Lage gewesen, seine bedürftige Mutter zu unterstützen, er vertrank jedoch das verdiente Geld bei zwei Entlassungsversuchen sofort. Zwei weitere Kranke sparten sich das Geld für die Entlassung auf, verwendeten dasselbe nachher gut, der eine sogar gegen unsere Erwartung. Für eine Verwendung des Lohnes innerhalb der Anstalt bestand bei vier keinerlei Bedürfnis, bei den übrigen konnte das Geld mit gutem Erfolge zu kleinen Aufmunterungen verwendet werden, sie selbst darüber bestimmen zu lassen empfahl sich bei keinem.

3. **Periodische und zirkuläre Psychosen**: neun Kranke: drei Voll-, fünf Dreiviertel-, ein Einhalb-Arbeiter. Bei einem bezahlte der Armenverband, die übrigen waren Selbstzahler, verbrauchten aber allmählich im Verlaufe der Anfälle ihr Vermögen. Sechs Patienten wurden ihrem Leiden entsprechend, sobald es ging, immer wieder entlassen, so daß ihre Arbeitszeit nicht über

sechs Monate hinaus ging, nur ein Kranker arbeitete $1\frac{1}{2}$ Jahre. Der Arbeitsverdienst wurde in all diesen Fällen für die Entlassung aufgespart, nutzte den Kranken dann auch wirklich. Nur durfte kein baldiger Rückfall eintreten; ich konnte mehrmals feststellen, daß die Kranken die während ihrer Depressionsphase, die sie außerhalb der Anstalt verlebten, gemachten Ersparnisse in wenigen Erregungstagen verschwendeten.

4. Primäre, meist in jungen Jahren entstandene geistige Schwächezustände: 17 Kranke. Sechs Vollarbeiter, zehn mit Dreiviertel, einer mit Einhalb zu qualifizieren. Die Arbeitszeit schwankte bei zehn zwischen $1\frac{1}{2}$ und 2 Jahren, sieben hatten eine solche von 3—12 Jahren.

Bei zwölf bezahlte der Armenverband, nachdem die Kranken bei ihrem langen Anstaltsaufenthalt ihr Vermögen verbraucht hatten, bei drei Selbstzahlern war dies in absehbarer Zeit auch vorauszusehen; bei weiteren zwei trug der Vater schwer an den Verpflegungskosten. Sonst waren die Kranken im wesentlichen schon losgelöst von ihrer Familie. Von den fünf Entlassenen verwendete einer den aufgesparten Lohn sofort schlecht, bei den übrigen vier war die Ersparnis gut angebracht. Für eine Verwendung des Geldes während ihres Anstaltsaufenthaltes bestand bei keinem der Kranken ein Bedürfnis; zwei derselben lehnten von vornherein alles ab, beharrten auch nach Jahren bei ihrem Entschlusse. Bei der geistigen Schwäche, der mangelnden Initiative, der Indolenz genügten meist die gewöhnlichen Arbeitervergünstigungen vollständig, doch war auch bei ihnen hie und da eine außergewöhnliche Gabe von guter Einwirkung auf das Interesse und die Arbeitslust.

Die 5. im weitesten Sinne als Paranoia-Gruppe bezeichnete umfaßt bei 25 Kranken sekundäre psychische Schwächezustände verschiedenster Herkunft: halluzinatorische Verwirrheitszustände, Depressionszustände mit paranoischer Färbung, Alkoholpsychosen, chronischer Verfolgungs- und Größenwahn, usw. Viele charakterisiert durch zeitweilige Stimmungsschwankungen mit stärkerem Hervortreten der Sinnestäuschungen. Bei einer Reihe stellte sich allmählich ein Beharrungszustand ein, der geistige Rückgang schritt nicht weiter fort, die Kranken ließen sich allmählich zur

arbeit heranziehen. Schließlich sind sie z. T. geschätzte Anstaltsassen geworden, deren unangenehme Eigenheiten allmählich abgeschliffen werden konnten. Ihre durch eigene Erfahrung erorbene Vertrautheit mit der Anstaltsordnung befähigt sie zur Anleitung der übrigen Kranken. Es war interessant zu sehen, wie einzelne dieser Kranken allmählich aus ihrer Stumpfheit erwachten, sich immer mehr in ihre Arbeitspflichten einlebten, hinarbeiteten, schließlich scheinbar ganz unentbehrlich auf ihrem Posten galten, in ihrem äußeren Verhalten und dem Verantwortlichkeitsgefühl für ihre Arbeit sich nicht wesentlich von einem normalen mehr unterschieden. Sie haben sich meist damit abgefunden, in der Anstalt zu bleiben, die für sie eine Heimat geworden ist, für die sie Interesse hegen, deren Interesse sie sogar zu wahren suchen. In ihr Vorstellungsleben ist dadurch mehr menschlicher Inhalt gekommen.

Wir finden denn auch hier Kranke mit einer Arbeitszeit von Jahren und mehr, einer davon arbeitete bis zu seinem Tode 10 Jahre in der Schneiderwerkstätte. Von diesen zwölf Kranken waren neun als Vollarbeiter zu rechnen, drei zu Dreiviertel-Arbeitsleistung. Von den übrigen Kranken, die später entlassen wurden, der noch nicht so lange arbeiteten, waren drei Vollarbeiter, sieben zu Dreiviertel, drei zu Einhalb qualifiziert.

Unter den sieben Entlassenen wurden bei zweien je zwei Entlassungsversuche gemacht, die nicht glückten. Die Kranken vertranken sofort das mitgegebene Geld, ein Kranker, der sich mehrere Jahre in der Anstalt gut gehalten hatte, täuschte die an ihn gesetzten Erwartungen, er wurde nach wenigen Tagen wegen Bettels verhaftet; ein anderer befand sich schon nach kurzer Zeit in einer psychiatrischen Klinik. Ein entlassener Kranker quittierte zwar für den Empfang seines Lohnes, lehnte aber die Annahme rundweg ab. Nur bei zweien bildete das ersparte Geld eine gute erste Unterstützung. Bei einundzwanzig Kranken kamen die Armenverbände für die Verpflegungskosten auf, die übrigen vier verbrauchten in absehbarer Zeit ihr Vermögen. Der Zusammenhang mit der Familie war bei allen aufgehoben, wurde höchstens von den Kranken selbst durch zeitweilige Briefe aufzunehmen gesucht. Irgendwelche unterstützungs-

bedürftige nähere Angehörige, die durch die Erkrankung der Patienten gelitten hätten, fanden sich nicht vor.

Was die Lohnverwendung bei den dauernd in der Anstalt Verbleibenden betrifft, so bestand bei sechs derselben kein Bedürfnis oder die Fähigkeit für eine Verwendung von Geld. Ein Kranker rührt seit drei Jahren aus freien Stücken nichts von seinem Lohn an: eine Entlassung des ganz ruhigen, fleißigen Mannes, der nur einen kurzen deliranten Erregungszustand durchgemacht hatte, wäre nicht abzulehnen, dagegen bestehen schwere Bedenken, ihm die für seine Verhältnisse große Sparsumme einzuhändigen. Ein Kranker verbraucht ebenfalls nichts, ob er jedoch seine Ersparnisse je zu seiner Entlassung verwenden kann, ist sehr zweifelhaft. Ein sehr tüchtiger Arbeiter mußte nach einem Jahre gegen seinen Wunsch von der Arbeit zurückbehalten werden, da er Fluchtversuche machte und Drohungen besonders mit Brandstiftung gegen seine Angehörigen aussprach. Ein Kranker verbrauchte sein Geld regelmäßig schon am ersten Tage des Empfanges in den Wirtschaften der Stadt, so daß eine Einschränkung der Ausgaben notwendig wurde. Neun Kranke verwenden ihren Lohn als Taschengeld, das sie am ersten jeden Monats einziehen: sie benutzen dasselbe zur Beschaffung von Kleidungsstücken, zu kleinen Ausflügen usw. Irgendwelche Unzuträglichkeiten sind bei ihnen nicht hervorgetreten. Hier erwähne ich noch zwei Kranke, die sich in die bisherigen Gruppen nicht einfügen lassen: einen Patienten mit hypochondrischer Melancholie, der jahrelang mit Bureauarbeiten beschäftigt war; das ihm zufließende Geld verwendete er in zweckmäßiger Weise für seine Privatbedürfnisse: dann ein an Erregungszuständen verbunden mit Alkoholmißbrauch leidender seniler Schuhmacher, der später in ein Pfründnerhaus zurückkehrte, auch er konnte unter Kontrolle über seinen Verdienst verfügen.

6. Ich komme jetzt zur letzten Gruppe, einer sehr gemischten, aber interessanten Gesellschaft: auf einen großen Teil derselben paßte der Ausdruck aus dem englischen Einwanderergesetz: Undesirables. Es handelt sich um Epileptiker, Epileptoide, Dipso-manen, Hysteriker, „pathologische Persönlichkeiten“, besonders solche mit Alkoholintoleranz und Neigung zu Affektzuständen.

alische Idioten usw. So verschiedenartig jede dieser Erscheinungen ätiologisch und klinisch sich darstellte, eines hatten sie gemeinsam, nämlich die kriminelle Vergangenheit: ein Teil ihnen war aus der Untersuchungshaft zu uns gekommen; hatten schon mehr oder weniger ausgedehnte Freiheitsstrafen rückfall hinter sich. Körperverletzung, Sittlichkeitsverbrechen, vere und leichte Diebstähle, Unterschlagung und Betrug, Zecherei, Vagabondage, Bettel bildeten das Arbeitsfeld des einzelnen.

Obgleich die Kranken in der Freiheit die geborenen Müßiggänger en, erwiesen sie sich in der Anstalt in der Mehrzahl als durchaus schbar und fleißig. Von den achtzehn Pflinglingen waren elf als arbeiter anzusehen, die übrigen näherten sich dieser Schätzung, ben nur durch die etwas geringere Ausdauer zurück, mit $\frac{1}{2}$ eitsleistung befand sich keiner darunter. Durch ihre schnellere fassungsgabe, Energie und Geschicklichkeit im Angreifen der eit unterschieden sie sich wesentlich von den anderen Kranken; ihrer größeren Gewandtheit und Kraft konnten sie auch bei wierigeren Geschäften, wie z. B. Obstbrechen, Säckeabladen, nsportieren von Einrichtungsgegenständen, verwendet werden; waren immer bereit, auch Arbeit anzunehmen wie Mistfahren, llenladen, an die andere Kranke nur mit einer gewissen Abzug gingen, und schafften dabei mit dem gleichen Eifer. e ihrer Eigenheiten, die Neigung zu kommandieren, sich vorrängen, kam häufig dem Fortgange der Arbeit zustatten. ser günstigen Seite standen natürlich die unangenehmen Beien gegenüber: Unbotmäßigkeit, Roheit, Neigung zu Querulieren, tzen, die Sucht, überall Vorteile für sich herauszuziehen. Es lurfte, besonders wenn diese Elemente sich häuften, ständiger mmerksamkeit, um schwere Konflikte zu vermeiden. Im ganzen lten sich die Kranken jedoch wohl, nahmen an Gewicht erlich zu, die nervösen Erscheinungen verschwanden vollständig. gewünscht gaben die Kranken meist noch schöne Versprechen, ten oft schriftlich die besten Vorsätze nieder. Wenn dann der g der Entlassung kam, wurden sie, gut gekleidet, mit ihrem sparten Lohn zur Bahn gebracht, wo ihnen auch noch die ihrkarte gelöst wurde.

Was war nun das Ergebnis? Ich finde in meinen Notizen: Lohn und Reisegeld am selben Tage vertrunken — am Tage der Entlassung verhaftet — am Tage der Entlassung Betrug und Zechprellerei — drei Tage nach Entlassung Anfrage der Staatsanwaltschaft — bei vier ergab die spätere Mitteilung der Gerichtsakten, daß sie sofort wieder in ihren früheren Lebenswandel zurückfielen und ihre früheren Delikte wiederholt hatten. — Zwei kamen bald wieder in die Anstalt zurück, einer in eine psychiatrische Klinik. Es blieb sich dabei vollständig gleich, ob wir die Leute ein halbes oder fünf Jahre behalten hatten, auch die jahrelange Alkoholabstinenz hatte keinerlei bessernde Einwirkung. Bei einzelnen waren Stellen ausgemacht worden; sie traten dieselben entweder gar nicht an oder liefen bald wieder fort. Einige ließen ihr Billet im Stich, stiegen schon an der nächsten Station aus, trieben sich dann um die Anstalt herum und versuchten ihre Lokal- und Personalkenntnisse auszunutzen. Wenn man die bei ihrer Entlassung frisch und kräftig aussehenden Leute dann in wenigen Tagen zerlumpt, blaß, abgemagert, mit verwüstetem Gesichtsausdruck wieder sah, so konnte man sich nicht der Überzeugung erwehren, daß jeder Pfennig, den man ihnen gab, ihnen zum Schaden gereichte.

Auch innerhalb der Anstalt empfahl es sich nicht, sie ohne scharfe Kontrolle über ihre Ausgaben bestimmen zu lassen; die auf ihren Wunsch angeschafften Kleidungsstücke verkauften oder vertauschten sie wieder, sie wußten sich mit großer Raffiniertheit anderen Kranken gehörige Gegenstände zu verschaffen, sie machten Geschenke, die sie nachher wieder zurückforderten; vielfach gingen sie nur darauf aus, sich für die Flucht auszustatten. Irgendwelche besseren und verständigen Regungen fanden sich nicht, nur einmal schickte ein derartiger Kranker 10 Mark an seine sehr bedürftige Mutter; es geschah dies aber in einer depressiven Phase, später sprach er sein Bedauern über diese „Dummheit“ ungeniert aus. Ein noch jugendlicher Epileptiker, der aus Anlaß mehrfacher Brandstiftungen in die Anstalt kam, wurde nach jahrelanger Behandlung, geistig und körperlich erfreulich entwickelt, frei von Anfällen entlassen. Als er abgeholt wurde, konnte man sehr im Zweifel sein, ob das Geld dem trunksüchtigen Vater eingehändigt

werden konnte, da eine Verwendung im Interesse des Sohnes kaum erwarten war.

Die hier mitgeteilten ungünstigen Erfahrungen über einen großen Teil dieser Anstaltsinsassen sind ja bekannt; eine präzise, vorher gehörende Schilderung von *Colin*¹⁾ darf ich wörtlich anführen: „... une fois internés il n'est pas de malades plus exigeants. Si le régime leur déplait, ils réclament leur liberté. On est, en général, trop heureux de la leur accorder. Cette mise en liberté s'accompagne souvent de secours en argent, de fourniture de vêtements et de chaussures, d'un bon séjour dans un refuge, parfois d'une avance d'outils en vue d'un travail éventuel et jamais réalisé. Toutes choses, qui permettent, soit par leur utilisation immédiate, soit par leur transformation en pièces, de passer en dehors quelques jours agréables, en attendant prochaine entrée.

Ce sont des individus, aliénés malfaisants, vicieux, exploiters des asiles, que par euphémisme — et en tenant compte de leur caractère maladif — nous désignons sous le nom: d'aliénés difficiles.“

Der Vollständigkeit wegen muß ich noch verschiedenes erwähnen, was sich in dem statistischen Teil nicht unterbringen ließ: so unterließen mehrere hier verstorbene Kranke ersparten Arbeitsdienst; in einem Falle über 100 Mark, der den Angehörigen verwiesen wurde. — Eine Reihe von Kranken konnten nicht zu ständiger Arbeit gelassen werden, obgleich bei denselben der gute Wille vorhanden war, es handelte sich um solche, bei denen eine etwaige Entweichung, eine Gewalttätigkeit schwere Folgen nach sich ziehen konnte. Diese Kranken empfanden, besonders wenn sie vorher gearbeitet hatten, ihre Zurückhaltung nicht nur als Strafe, sondern sie rechneten auch den nach ihrer Meinung ungerechten Verlust an Lohn. Einzelne Patienten zeigten ihrem Schwachsinn großes Mißtrauen, ob sie auch genügende Entlohnung bekommen, ob ihre Arbeit richtig berechnet würde. In ganzen kam dies jedoch weniger vor, als man im allgemeinen erwarten sollte. Maniaci waren entrüstet, wenn der überschätzte Bestand ihrer Kasse durch ihre Ausgaben so bald erschöpft wurde,

¹⁾ *Colin*, Les Aliénés difficiles. 1904.

und machten die unangenehmsten Vorwürfe. Einer derselben legte jedesmal bei Beginn der Erregung die Arbeit wegen ungenügender Lohnzahlung nieder, suchte auch andere zum Streik zu bewegen. Ein Melancholiker, der gern seine Familie unterstützt hätte, wurde mit Rücksicht auf seinen Kräftezustand von der Arbeit abgehalten. Versuche, sich von dem Arbeitslohn Extragenüsse zu verschaffen, kamen vor. Eine bedenkliche Seite der individuellen Arbeitsbelohnung, die nicht außer acht gelassen werden darf, ist auch die Gefahr, daß Bedürfnisse großgezogen werden. Ansprüche sich einstellen, denen eine Erhöhung der Arbeitsleistungen nicht mehr entspricht. Auch wird bei der gewöhnlichen Bevölkerung die ja auch für andere Krankenhäuser oft geäußerte Annahme unterstützt, daß die Anstalten durch die Arbeit ihrer Insassen „Geld verdienen“.

Bei der Arbeiterverdienstkasse ist ein Schwanken zwischen zwei Bestrebungen unverkennbar: sollen es reine Unterstützungs- oder reine Belohnungs- und Vergnügungskassen sein? Meiner Ansicht nach weder das eine noch das andere, da bei beiden Verwendungsarten die Gefahr des Entfernens von der eigentlichen Grundlage der ganzen Einrichtung, nämlich der Gegenleistung für die Arbeit, nicht zu vermeiden ist. Wir sehen dies ja schon aus den Vorschlägen von Berze, der alle bedürftigen Kranken aus der Verdienstkasse unterstützt wissen will. Wir werden auch kaum die nichtarbeitenden Kranken von den Anstaltsvergnügungen, die für diese eine erhöhte, besonders therapeutische Bedeutung haben, ausschließen wollen. Wenn wir auf Einführung solcher Kassen eingehen, müssen wir dieselben in ein engeres Verhältnis zu den arbeitenden Kranken bringen. Dabei haben wir uns klar zu werden, ob wir eine Mitbestimmung der Kranken über ihren Verdienst zulassen wollen oder nicht. In letzterem Falle, wo die Einzelentlohnung ganz wegfiel, weichen wir ja einer Fülle von Unzuträglichkeiten aus, die Verrechnung wird eine viel einfachere. Die Regierung würde einen Kredit zur Verfügung stellen, der etwa bemessen ist im Verhältnis zur Arbeiterzahl und zum Wirtschafts-ertrag. Die Festsetzung der Ausgaben untersteht dem Direktor. Aus diesem durch die Gesamtheit der arbeitenden Kranken und nur für solche zu verwendenden Fonds wird bestritten:

1. und in erster Reihe die Unterstützung der Familien, Unterstützung bei der Entlassung, 3. Erfüllung berechtigter Wünsche, Aufmunterungen usw., 4. regelmäßige Zuwendung bei besonders hervorragenden Arbeitsleistungen. Die große Masse der Kranken, bei denen eine Geldausgabe zwecklos ist, da sie bei geistiger Schwäche nicht über dieselbe verfügen können, dieselbe nur im Sinne ihrer antisozialen Triebe ausnützen, ist dadurch ausgeschaltet.

Zu den einzelnen Verwendungsarten ist nach den angeführten Erfahrungen folgendes zu bemerken: die Art, wie die verheirateten Kranken über die Geldgabe verfügten, war im allgemeinen eine unangelegentlich und zweckentsprechende. Wie wir aber schon erwähnten, dieselbe immer zu geringfügig bleiben, als daß sie der Familie wirklichen Arbeitsverdienst ersetzen könnte. Nur zusammen mit der Tätigkeit eines Hilfsvereins ließe sich hier ein Nutzen stiften. Bei den ledigen Kranken tritt die Unterstützung der Angehörigen fast ganz zurück, es handelt sich mehr darum, ihnen Unterstüßung, Unterstützung zur Reise usw. zu geben. Selbst wenn von den kriminell belasteten Kranken absehen, ergibt sich, daß eine richtige Verwendung des Geldes nur dann gesichert ist, wenn dasselbe durch Vertrauenspersonen, etwa an der Arbeitsstelle der Kranken, verteilt wird. Es kommt sonst zu einer nutzlosen, Schaden bringenden Vergeudung der Mittel. Auch hier wäre die Tätigkeit der Hilfsvereine Voraussetzung, um besonders etwas höhere Beträge erst nach Prüfung der Verhältnisse zur Auszahlung bringen. Es kämen dabei die Einrichtungen der Gefangenennutztätigkeit vorbildlich in Betracht. Bei Punkt 3 und 4 handelt sich hauptsächlich um die nicht geringe Zahl von Kranken, die auf unbestimmte Zeit in der Anstalt bleiben müssen. Bei ihnen zeigt sich die Anerkennung ihrer Arbeitsleistungen durch andere Zuwendungen als eine förderliche Maßregel.

Die Nachteile, die durch eine bewußte Mitbestimmung der Kranken über ihre Verdienstanteile sich ergeben, sind sicher groß und machen sich viel mehr geltend als die unbestimmteren und weniger zutage tretenden günstigen Seiten der Arbeitsentlohnung. Auch die Anstalten, die letztere ablehnen, doch auf das darin liegende ideale Moment nicht verzichten wollen, geht daraus hervor,

daß von ihnen betont wird: die Kranken müssen wissen, daß der Verdienstfonds durch ihre Arbeit zusammengehalten wird, daß die Ersparnisse desselben ihnen und ihren Mitkranken zugute kommen. Ich glaube jedoch, man überschätzt den größten Teil unserer Kranken, wenn man annimmt, daß derartige ideale Vorteile einen nachhaltigen Eindruck auf dieselben machen. Der Kranke will möglichst bald den Erfolg seiner Arbeit sehen und verwenden. Bei der Arbeitsentlohnung können wir nun dieses materielle Streben benutzen, um die Kranken weiter zu fördern. Die Vorteile dieses Systems: die aneifernde Wirkung auf die Arbeitsleistungen, die Erhöhung des Selbstvertrauens, der Zufriedenheit, die Erweckung des Sparsinns, dürfen nicht unterschätzt werden. Wir haben eine viel stärkere Einwirkung, wenn der Kranke weiß, daß er die Erfüllung seines Wunsches erst verdienen muß. Wenn derselbe zu rechnen hat, bis er sich die gewünschte Pfeife oder den Sonntagshut kaufen kann, so wirkt dies erzieherischer auf ihn, als wenn ihm derselbe nach Ablauf einer bestimmten Arbeitszeit geschenkt wird. Es fällt dabei auch der Anschein des Almosens weg, ein Punkt, der besonders bei den verheirateten Kranken zu berücksichtigen ist.

Jede Arbeit muß einen erkennbaren Zweck und ein deutliches Ziel haben. Je stumpfer und unklarer der Arbeiter ist, desto näher müssen wir ihm den Erfolg seiner Arbeit vor Augen rücken. Verwirrte und verblödete Patienten führt man am besten bei Erdbewegungen, Terrainauffüllungen usw. in die geregelte Tätigkeit ein, weil sie da Schritt für Schritt den Effekt ihres Schaffens sehen können.¹⁾ Für geistig höherstehende brauchen wir auch kompliziertere Mittel: die Arbeitsbelohnung, die ja doch nichts Neues ist, muß auch individuell gesteigert, nach den Verhältnissen modifiziert werden können. Die Mängel, die dem System der Einzelentlohnung anhaften, dürften sich wohl durch eine richtige Organisation sehr abschwächen lassen. Die unnötige Anhäufung von Lohn bei bedürfnislosen und dementen Kranken, die schlechte Verwendung bei Erregten und Willensschwachen sind Dinge, die

¹⁾ In der Nervenheilstätte „Haus Schönöw“ werden die Frühbeete und ähnliche Kulturen auf Erdwällen in Brusthöhe angebracht, um durch die Erleichterung der Beobachtung den Arbeitseifer anzuregen.

nieden werden können. Wir müssen daran festhalten, daß dem Kranken nur eine ärztlich beschränkte Verfügung — und nur in diesem Sinne spreche ich von Arbeitsentlohnung — über ihm nach Maßgabe seiner Leistungen zugewiesenen Verdienste zusteht, daß er kein Eigentumsrecht hat; damit fallen dann alle unnötigen rechtlichen Fragen weg. Die praktischen Resultate, die sich durch die Verdienstkassen bei der Unterstützung Kranken außerhalb der Anstalt erreichen lassen, scheinen mir sehr groß zu sein. Die Hilfe erfordert hier Maßnahmen, nicht mehr in das Gebiet der eigentlichen Anstaltstätigkeit zu fallen.

Mit der Einführung der geregelten Geldentlohnung für arbeitende Kranke erzielen wir bei richtiger Handhabung sicher gleichzeitig eine Steigerung der wirtschaftlichen Erträge.

Man sieht ein gutes wirtschaftliches Resultat sehr gut mit der Förderung des leiblichen und geistigen Wohles der Kranken verbinden, dafür haben wir das Zeugnis aus berufenstem Munde.¹⁾ Immerhin müssen wir uns fragen, ob wir mit diesem Gange nicht auf eine Bahn kommen, deren Betreten mit unserer Auffassung der Irrenanstalt als eines Krankenhauses, das nur dem öffentlichen Nutzen zu dienen hat, unvereinbar ist. Ich glaube, diese Gefahr des einseitigen Hervortretens der Gewinnerzielung zu überwinden ist. Wenn wir einerseits daran festhalten, innerhalb der Anstalt alles mit eigenen Kräften auszuführen, daß wir berechtigt sind, dem Kranken jede Arbeit, zu der nach seinem geistigen und körperlichen Zustand befähigt ist, zu übertragen, sogar das Bauen von Häusern, so ist ihm andererseits die Arbeit, die nicht dem direkten Bedürfnis der Anstalt dient, sogar eine solche für den Verkauf, streng fernzuhalten. Der Maßstein für die Zweckmäßigkeit und den Nutzen der in den Anstalten geleisteten Arbeit wird doch immer die erzielte Rentabilität bleiben.

Die Steigerung der Anstaltsbedürftigkeit, die Vermehrung der Anstalten hat ihren Höhepunkt noch nicht erreicht. Damit geht Hand in Hand, daß die Ausführung der Entlassungen eine immer

¹⁾ Paetz, Kolonisierung der Geisteskranken.

kompliziertere wird. Die Behörden in ihrer Eigenschaft als Polizei- und vormundschaftliche Organe sprechen viel mehr mit, als früher: die Regelung der Entlassungen durch besondere Verordnungen wirkt hemmend und verzögernd. Mit der Abnahme des ländlichen Grundbesitzes, der Zunahme der fluktuierenden städtischen Bevölkerung verringert sich die Möglichkeit, selbst teilweise noch arbeitsfähige Kranke unterzubringen. Ein großer Teil der Angehörigen hat keine Lust und ist auch infolge der Wohnungsverhältnisse nicht in der Lage, einen Kranken bei sich zu behalten. Mit großer Schnelligkeit entledigen sich die Leute eines solchen bei der geringsten Unbequemlichkeit im nächsten Krankenhaus. Bei der geringen Differenz zwischen den Unterhaltungskosten in und außerhalb der Anstalt fällt die Wahl nicht schwer, zumal die sonst für die Kranken zu verwendende Zeit dann für den eigenen Verdienst frei wird. Es sammelt sich mit der Zeit eine erschreckend große Zahl von Kranken an, die ganz losgelöst sind von allen Familienbeziehungen; man wird sich dieses ungünstigen Umstandes besonders bewußt, wenn man die Entlassung von Kranken einleiten will. Von den hier erwähnten 122 Kranken wäre bei ca. 90 der Versuch der Unterbringung bei Angehörigen völlig aussichtslos. Mit der Einführung der familiären Verpflegungsform, bei der als Ersatz der fehlenden oder ungeeigneten Familie eine fremde geeignete gesucht wird, ist wohl nur unter günstigen Bedingungen eine Entlastung der Anstalten herbeizuführen, wenigstens kommt dieselbe bei ihrer langsamen Entwicklung vorläufig hierfür nicht in Betracht. Man braucht keinem besonderen Pessimismus zu huldigen, wenn man ausspricht, daß die eigentlichen therapeutischen Erfolge bei unseren von Geburt an verkümmerten oder in den Jugendjahren erkrankten Patienten geringe sind, daß ein großer Teil unserer Entlassungen nur einen Versuch bedeuten, der mit jedesmaliger Wiederholung immer mehr an Aussicht verliert. Bei einer nicht geringen Zahl von Kranken, die innerhalb der Anstalt noch etwas leisten, wird man sich fragen, ob nicht ein höheres Interesse die Zurückhaltung des Kranken erfordert, wenn das Resultat des Entlassungsversuches doch vorauszusehen ist und dieser allen Beteiligten nur Lasten, Mühe und Verantwortung bringt.

Die praktische Psychiatrie wird daher eher damit rechnen müssen, daß wir die Kranken länger behalten werden, ja daß die Zahl der dauernd zu Verpflegenden und damit besonders auch derjenigen, die für die Arbeitsentlohnung in Betracht kommen, steigen wird. Es dürfte, ganz abgesehen von den wissenschaftlichen Forderungen, schwere Bedenken erwecken, wenn man sich durch Abtrennung bestimmter Grenzzustände oder durch Überweisung einzelner Krankenkategorien an besondere Pflegeanstalten helfen wollte. Wir dürfen nicht außer acht lassen, daß bereits eine sehr erhebliche Zahl von Geisteskranken in nicht psychiatrisch geleiteten Anstalten¹⁾ mit gutem finanziellem Erfolg verpflegt werden, daß das koloniale System von nichtärztlicher Seite zur Unterbringung der mit all unseren Krankheitsformen in so naher Beziehung stehenden Vaganten eingeführt wurde. Die Aufgabe, mit allen an die Irrenfürsorge herantretenden Ansprüchen in einer möglichst auch die finanziellen Interessen des Staates berücksichtigenden Weise fertig zu werden, müssen wir immer im Auge behalten. Der Gesichtspunkt, wie weit die Irrenanstalten verstehen, die ihnen anvertrauten Pfleglinge zur Arbeit heranziehen, den Rest ihrer Arbeitskraft, den sie für sich selbst nicht mehr verwenden können, zum Nutzen der Allgemeinheit zu verwerten, etwa noch schlummernde Arbeitsfähigkeit zu wecken und auszubilden, wird daher in Zukunft wohl noch stärker hervortreten. Als eines der Mittel zur Erreichung dieses Zieles möchte ich die planmäßige Einführung der Arbeitsentlohnung befürworten. Wie die Einzelheiten dabei zu regeln sind, das unterliegt der persönlichen Erfahrung. Die Ausdehnung der Einrichtung wird sich nach den Verhältnissen der einzelnen Anstalt zu richten haben. Einen Maßstab für die Höhe der dafür zu verwendenden Ausgaben wird immer der Wirtschaftsertrag bilden müssen. Über die sonstigen Schwierigkeiten und etwaige Übertreibungen kommen wir hinweg, wenn wir darüber klar sind, daß die Arbeitsentlohnung nur ein einzelner Faktor sein kann, durch den wir unsere Erziehungskunst zum Besten unserer Kranken ausüben können.

¹⁾ Um ein Beispiel zu geben, erwähne ich die Bad. Kreispflegeanstalten, die i. J. 1903 unter 3380 Pfleglingen 1358 Geisteskranke verpflegten, also 40%. Die Zahl der letzteren ist jedoch sicher noch größer.

Klinische Betrachtungen bei Entweichungen Geisteskranker.

Von

Oberarzt Dr. Albrecht, Treptów a. d. Rega.

Über Entweichungen von Geisteskranken und die aus ihnen sich ergebenden praktischen und rechtlichen Folgen ist, abgesehen von den Mitteilungen in den Jahresberichten der Anstalten, mehrfach geschrieben und diskutiert, so von *Siemens*,¹⁾ *Aschaffenburg*,²⁾ *Deiters*,³⁾ *Backenköhler*.⁴⁾ Weniger beachtet ist bisher die klinisch symptomatologische Bedeutung der Entweichungen Geistesgestörter. nur *Schlager*⁵⁾ gibt in dieser Hinsicht einige allgemeine Gesichtspunkte. Da seit dem Erscheinen der Arbeit *Schlagers* längere Zeit vergangen ist, und einige Veränderungen in der Behandlung der Kranken eingetreten sind, so lohnt es sich vielleicht der Mühe, einmal diese Seite des Gegenstandes in den Kreis der Betrachtungen zu ziehen und zu untersuchen, aus welchen Motiven heraus erfolgen Entweichungen, wie werden sie in Szene gesetzt und was lehren sie uns bezüglich Art und Behandlung der Psychosen.

Meiner Arbeit liegen 150 Fälle von Entweichungen bzw. Entweichungsversuchen von Geisteskranken aus der hiesigen Anstalt zugrunde. Im allgemeinen kann man zwei große Gruppen von Entweichungen unterscheiden, solche, die sich als ein

1) Allg. Zeitschr. f. Psych. 1881, Bd. 38.

2) Allg. Zeitschr. f. Psych. 1899, Bd. 56.

3) Bericht über Fortschr. des Irrenwesens. Psych. neurol. Wochenschr. 1902 u. 1903.

4) Festschrift zu Ehren des 25 jähr. Jubiläums von Ludwig Meyer 1891.

5) Allg. Zeitschr. f. Psych. 1885, Bd. 42.

planloses Davonlaufen, und solche, die sich als ein überlegtes Entweichen kennzeichnen. Eine Untergruppe der letzteren bilden die mehr oder minder glücklichen Fluchtversuche der verheerenden Geisteskranken.

Die erste Gruppe des planlosen Davonlaufens ist die kleinere und umfaßt 36 Fälle. In ihr sind hauptsächlich vertreten angeborene oder erworbene geistige Schwächezustände höheren Grades, wie sie die Imbezillität, die Hebephrenie, Kataonie und die progressive Paralyse liefern. Gemeinsam ist allen diesen Fluchtversuchen der Mangel einer Motivierung und eines klaren Zieles, welches durch die Flucht erstrebt wird. Beides entspricht meist der vorgeschrittenen geistigen Schwäche, welche in der Mehrzahl der Fälle auch klinisch ohne Schwierigkeit festzustellen ist; gelegentlich jedoch können derartige Fluchtversuche diagnostisch dadurch eine gewisse Bedeutung gewinnen, daß das hilflose Benehmen solcher Kranker außerhalb der geschützten Verhältnisse der Anstalt den Grad des Schwachsinnns gegenüber praktischen Fragen so recht vor Augen führt. Zuweilen löst auch ein geringerer Grad der Demenz ein Affektzustand, vor allem ein Ärger, ein planloses Davonrennen aus. Eine abfällige Bemerkung über den starken Appetit einer mäßig schwachsinnigen Kranken oder eine vermeintliche Zurücksetzung beim Essen genügte, um sie derartig zu reizen, daß sie wiederholt von der Arbeit in der Küche davonstürmt und sich stundenlang versteckt hielt; nachdem der Ärger über „die undankbare Anstalt, welche die Dienste nicht genügend würdige“, verflogen war, kehrte sie jedesmal von selbst wieder zurück. Eine ähnliche Reizbarkeit findet sich bei schwachsinnigen Epileptikern, deren Fluchtversuche bezüglich ihres kausalen Momentes oft recht schwierig zu beurteilen sind. Ein solcher Kranker stürmte plötzlich aus dem Garten der Wacheabteilung über die Umfriedigung desselben davon; zurückgebracht, gab er als Grund an, er brauche es sich nicht gefallen zu lassen, daß ihn ein Pfleger des Diebstahls bezichtige; der Pfleger stellte eine ähnliche Äußerung gänzlich in Abrede. Bei dem Mangel einer Bewußtseinsstörung und eines Zusammenhangs mit einem Krampfanfall ist es schwer zu entscheiden, inwieweit hier etwa eine illusionäre oder halluzinatorische Verfälschung der

Wirklichkeit vorlag, ob etwa die nachträgliche Motivierung auf einer Erinnerungsfälschung beruhte, oder ob es sich um das triebartige Fortlaufen eines Epileptikers ohne erhebliche Bewußtseinsänderung handelte, wie es in einem anderen Falle hier gelegentlich eines Ganges zur Kirche in ausgesprochener Weise beobachtet wurde. — Ein relativ großes Kontingent (16) zu der Gruppe dieser Entweichungen liefern die katatonischen Kranken. Die Planlosigkeit ihrer Fluchtversuche ist nicht so sehr in der geistigen Schwäche als in ihrer Impulsivität und z. T. ihrem Negativismus begründet. So setzte ein solcher Kranker in einem unbeobachteten Augenblick über einen hohen Gartenzaun und wurde nach halbstündigem Suchen in einem dichten, kaum 20 m vom Garten entfernten Brombeergebüsch in starrer Haltung liegend aufgefunden, freundlich lächelnd ging er bereitwillig wieder mit zur Abteilung. Mit dem Überspringen des Zaunes und dem Erreichen des Gebüsches war offenbar die innere, zur Entladung drängende Spannung erloschen und machte ebenso plötzlich einer gewissen Hemmung Platz. Derartige impulsive Handlungen mit oder ohne nachfolgende Hemmung sind ja auch sonst bei katatonisch Kranken genügend bekannt. Ein anderer derartiger, nicht epileptischer Kranker rannte plötzlich vom Kohenschuppen fort, wo er bereits lange Zeit frei beschäftigt war, und wurde nach einer Stunde schlafend im Graben vor einem benachbarten Dorfe gefunden. Leider gehen diese triebartigen, impulsiven Entweichungen nicht immer so gut aus, wie folgender Fall zeigt.

Ein seit Wochen auf dem Wirtschaftshofe frei beschäftigter, verblödeter Kranker mit angedeuteten katatonischen Erscheinungen lief bei nebligem Wetter plötzlich davon; im Schnee war seine Spur etwa eine halbe Stunde weit bis in die Nähe eines Katens zu verfolgen; dort fand man sämtliche Bekleidungsstücke des Kranken. Eine weitere Spur war auf den z. T. schneefreien Wiesen nicht zu finden. Nach einigen Tagen wurde seine völlig nackte Leiche, auf dem Gesicht liegend, ohne Zeichen äußerer Verletzungen ca. dreiviertel Meile von dieser Stelle entfernt im Walde aufgefunden (Erfrierungstod). Nachträglich wurde bekannt, daß der Kranke auch früher, als er noch mehr unter Aufsicht gehalten wurde, sich gelegentlich ohne irgendwelche äußere Veranlassung auszukleiden begonnen hatte. Sinnestäuschungen hatten anfangs bestanden, doch war der Kranke infolge seiner Demenz gegen sie abgestumpft, ernstliche Selbstmordabsichten hatte er nie geäußert. Es bleibt nichts anderes

übrig, als sowohl die Flucht wie das Entkleiden als eine impulsive, katatonische Handlung aufzufassen.

Bei anderen, zur Katatonie gehörigen Kranken entspringt das ziellose Entweichen ihrem Negativismus, wozu sich dann impulsive Handlungen gesellen können. Wie solche Kranke zuweilen nicht essen, nicht sprechen, nicht die Kleider auf ihrem Leib dulden, sich nicht an die frische Luft bringen lassen, so drängen sie gelegentlich durch jede offene Tür, die nicht für sie bestimmt ist. Auf diese Weise gelangte einmal ein junges Mädchen mit ausgesprochen negativistischen Erscheinungen in das Zimmer eines Diätars im Verwaltungsgebäude, wo sie sich ruhig hinlegte; ein anderes Mal drang sie in das im I. Stockwerk ihres Pavillons gelegene Zimmer der Oberin, welches sie schnell hinter sich verschloß, und sprang in einem plötzlichen Impuls aus dem geöffneten Fenster herab. Später gab sie an, sie habe die Gewißheit, sich nicht beschädigen zu können, da ein Engel sie führe; zwar nicht ein Engel, aber ein Arzt, welcher im Vorübergehen ihre Vorbereitungen am Fenster bemerkt hatte, fing sie auf, so daß sie ohne Schaden davon kam.

Durch besondere Unüberlegtheit zeichnen sich die wenigen hier beobachteten Fluchtversuche dementer Paralytiker aus. Zweimal gelang es stark verblödeten, nicht unter Wache schlafenden paralytisch Kranken, nachts im Hemde durch das zum Lüften geöffnete obere Kippfenster des Saales zu entweichen, wobei es wunderbarer Weise trotz ihrer körperlichen Unbeholfenheit ohne ernstere Verletzungen abging. Der eine wurde sofort zurückgeholt, der andere nach einigen Stunden blaugefroren — es war eine frische Frühjahrsnacht — im Garten einer anderen Krankenabteilung aufgefunden. Ein Grund für die Entweichung war bei beiden nicht zu erfahren.

Zusammenfassend läßt sich über diese erste Gruppe sagen, daß die Entweichungen derselben in ihrer gänzlichen oder unzureichenden Motivierung und dem Mangel eines klaren Zieles deutlich den Stempel des vorgeschrittenen Schwachsinn resp. der katatonischen Krankheitszüge tragen. Hieraus ist es ohne weiteres verständlich, daß niemals ein Nachschlüssel oder anderes Werkzeug zur Erlangung der Freiheit gebraucht und niemals gemein-

sam von mehreren Kranken vorgegangen wird. Die meisten Fluchtversuche erfolgen bei der Arbeit, selten wird ein offenes Fenster oder Tür benutzt oder ein Zaun als Hindernis genommen. Meist sind diese Entweichungen in ihren Folgen harmloser Art. Eine Gefahr droht diesen verblödeten Kranken höchstens durch Kälte, Hunger und Umherirren; nur katatonische Kranke können durch ihr triebartiges, impulsives Handeln sich selbst oder andere gelegentlich in Gefahr bringen.

Die zweite Gruppe der überlegten Entweichungen ist nach Ausscheidung der verbrecherischen Geisteskranken, welche besonders zu betrachten sind, die erheblich größere und umfaßt mehr als die Hälfte aller Fälle (80). Den Übergang zu der vorigen Gruppe bilden solche Kranke, welche zwar mit einer gewissen Umsicht und Überlegung entweichen, aber doch keine leitenden Grundgedanken für die Flucht erkennen lassen. Gar nicht selten spielt hier der Nachahmungstrieb und die erhöhte Beeinflußbarkeit eine Rolle, so daß manche Kranke entweichen, „weil es kurz zuvor einem andern auch geglückt ist“. Die Imbezillen und Hebephrenen stehen in dieser Gruppe zahlenmäßig an der Spitze. Die meisten derartigen Entweichungen geschehen bei Gelegenheit, namentlich wiederum bei der Arbeit im Freien. Solche Kranke treiben sich dann zwecklos in der Gegend, etwa bei Bekannten und Verwandten, umher, mehrere stellen sich nach einigen Tagen selbst wieder ein, anderen gelang es, nach Irrfahrten die Eltern oder die Heimat zu erreichen. Bei mehreren, welche sich ihr lebelang viel auf der Walze befunden hatten, spielte wahrscheinlich die dunkle Sehnsucht nach diesem ungebundenen Leben als entscheidendes Moment für die Flucht mit. Daß Ärger und Haß gegen die Anstalt gelegentlich bei derartigen Entweichungen zum Ausdruck kommen, ist leicht verständlich. So wurde ein mäßig Imbeziller mit Alkoholintoleranz und epileptoiden Zuständen, welcher aus der Werkstätte entlaufen war und in einer Nachbarstadt sich auffällig gemacht hatte (Alkoholgenuß?), erst angehalten, nachdem er in voller Absicht, der Anstalt möglichst zu schaden, in einer Konditorei für etwa 30 Mark Sachen zerschlagen hatte. Wiederholt wurde später in Nachahmung dieses Beispiels von anderen Kranken in ähnlicher Weise gedroht. —

ber bei geistigen Schwächezuständen finden sich solche über-
 en, aber zunächst ziellosen Entweichungen in der manischen
 egung. Solche Kranke zeigen, wie bekannt, auch außerhalb
 Anstalt häufig eine gewisse Neigung zum Wandern und Umher-
 weifen. Mehrmals entwichen solche Kranke und machten sich
 Bekannten und in Geschäften der Stadt lästig. Einmal gingen
 si manische Frauen im Einverständnis mit einer dritten durch,
 che an Dementia paranoides erkrankt und sehr von körper-
 en Sensationen unangenehmster Art gequält war; letztere
 fte, durch den Wechsel des Ortes ihren Qualen entgehen zu
 enen, alle drei wurden aber sehr bald wegen ihres auffälligen
 nehmens angehalten.

Im Gegensatz zu dieser Untergruppe ist bei allen anderen
 i bestimmter Grund für das Entweichen maßgebend,
 nn auch ein klares Ziel von vornherein nicht immer be-
 hen mag.

Am verständlichsten und normalen Motiven nahestehend
 id Entweichungen infolge schlechten Gewissens, aus
 hnsucht nach der Heimat und aus Freiheitsbedürfnis.
 stere sind nicht häufig. Es gehört hierher ein hebephrener
 rster, welcher als Alleinarbeiter auf dem Gemüseland mit einer
 eren Kranken Beziehungen angeknüpft und, als sie ihn einmal
 tte ablaufen lassen, ihr mit einer Gartenschere in den Hals
 stochen hatte; er trieb sich nach der Tat zwei Tage und Nächte

Wald umher und stellte sich dann von selbst wieder ein,
 ufiger treibt die Sehnsucht nach der Heimat und der Familie
 r Flucht (siebenmal). Bemerkenswert ist hierbei, daß auch
 agjährige Gewöhnung an andere Verhältnisse wie die der
 milie solche Fluchtversuche aus Heimweh auslösen kann. Ein
 anker entfloh von hier in der ausgesprochenen Absicht, sich in
 r Anstalt Lauenburg aufnehmen zu lassen; ein anderer, stark
 rblödeter, sucht noch jetzt jede Gelegenheit „nach dem 13.
 auenburg“ zu entweichen; beiden war offenbar während eines
 rka zehnjährigen Aufenthaltes die Anstalt Lauenburg eine zweite
 eimat geworden. Nicht scharf zu trennen sind hiervon die-
 nigen Kranken, welche hauptsächlich aus Freiheitsbedürfnis die
 esseln der Anstalt von sich zu streifen bemüht sind. Ein Teil

derselben kann die nahestehende Entlassung nicht abwarten und geht vorher in Beschleunigung des Verfahrens durch. Bei dem Rest (22 Fälle) ist vor allem das lebhafteste Freiheitsbedürfnis neben Einsichtslosigkeit für den eigenen Zustand der ausschlaggebende Grund für die Entweichung, und hier begegnen wir als einzigem Mal unter allen nicht verbrecherischen Kranken der Anwendung des Nachschlüssels seitens zweier, im Komplott handelnder Manischer, von denen einer besonders geschickt in kleinen Anfertigungen war. Im übrigen sind in dieser Untergruppe die verschiedensten Krankheitsformen vertreten, neben Alkoholikern imbezille, manisch-depressive und paralytische Kranke in der Remission, nicht zu vergessen der durch ihre mangelnde Krankheitseinsicht ausgezeichneten paraoniden Formen der Geistesstörungen. Bei diesen letzten ist es zuweilen sehr schwer, über den wahren Grund des Entweichens ins klare zu kommen; von ihnen selbst wird zunächst das Freiheitsbedürfnis angeführt, objektiv machte es wiederholt den Eindruck, daß krankhafte innere Vorgänge in Form von dissimulierten Verstimmungen oder Sinnestäuschungen eine Rolle spielen.

Es leiten diese Fälle hinüber zu der noch übrigen größten Gruppe (50 Fälle), in welcher die Entweichungen aus durchaus krankhaften Beweggründen heraus erfolgen. Derartiges kommt bei den verschiedensten Psychosen vor. Bei Trinkern ist es nicht selten das unbezwingliche Bedürfnis nach Alkohol, welches nicht nur im Beginn der Abstinenz, sondern auch noch nach Wochen oder Monaten des Anstaltsaufenthaltes die Kranken zum Fortlaufen bestimmt. Die günstige Gelegenheit dazu liefern wiederum die Arbeiten im Freien und die Spaziergänge, vor allem aber bei uns die Nähe des Waldes. Auch ein gelegentlicher, an und für sich geringfügiger Alkoholgenuß kann die schlummernde Sucht wieder erwecken. Ein derartiger schwachsinniger, über Jahr und Tag abstinent gehaltener Alkoholiker ging in Begleitung eines anderen Kranken zur Stadt; nach Genuß eines Schnapses schwatzte er seinem Begleiter die Uhr ab, vertrank sie und mußte am nächsten Tag aus der Kneipe zurückgeholt werden. Weiter treiben gelegentlich akute Beängstigungen die Trinker fort. So ließ ein mit Arbeiten im Freien

betrauter Kranker plötzlich seine Karre stehen und rannte spornstreichs in den Wald hinein; am nächsten Tag wurde er in einer etwa 30 km entfernten Stadt angehalten, er hatte seine Sachen zum Teil versetzt, um sich Schnaps verschaffen zu können, und gab an, ihm sei plötzlich Angst aufgestiegen, da sei er fortgelaufen. Solche Beängstigungen veranlassen nicht selten die vielfach nicht genügend motivierten Selbstmorde von Trinkern.

Ähnliche akute Angst- und Oppressionszustände finden sich als Ausdruck seniler Involution, namentlich seitens des Gefäßsystems (Arteriosklerose) bei Geistesgesunden wie bei chronischen Geisteskranken und geben auch hier nicht selten Veranlassung zu Fluchtversuchen oder suizidalen Maßnahmen. Eine chronische Kranke hierselbst lief fort, „weil ihr nach dem Essen — von ihr selbst auf die Unbekömmlichkeit von Graupen bezogen — ein Gefühl der Angst und des Luftmangels aufgestiegen sei“. Daß gerade ein voller Magen oder eine Magendarmstörung bei nicht intaktem Gefäßsystem Beängstigungen und Unregelmäßigkeiten der Herztätigkeit auslösen kann, ist ja genügend bekannt. Häufiger als akute Beängstigungen führt ein chronisch ängstlicher Zustand, wie er der Melancholie eigen ist, zu Fluchtversuchen. Mehrmals spielte hier das Bedürfnis nach Aussprache, nach Vorbringung von Klagen, welche die Kranken von den Ärzten nicht genügend gewürdigt glaubten, eine Rolle, und es kommt zu durchaus planvollen Entweichungen mittels Entwendung der Schlüssel und dergleichen. Der bestehende Angstaffekt kann jedoch auch die besonnene Überlegung so trüben, daß es zu ganz planlosem Fortdrängen in mangelhafter Bekleidung kommt. Auch in der Rekonvaleszenz der Melancholie kann der Angstzustand plötzlich und unvorhergesehen exazerbieren und zu Entweichungen Anlaß geben. Solche Fälle gehen nicht immer glücklich aus.

Ein an abklingender Melancholie leidender, wenig aktiv erscheinender Kranker tritt bei der Arbeit in den Wald aus, angeblich um seine Notdurft zu verrichten; er bleibt verschwunden und wird am nächsten Morgen in einem entfernten Gehölz erhängt aufgefunden. Daß hier ein Selbstmord von vornherein beabsichtigt war, erschien nach dem früheren Verhalten des Kranken, welcher zudem bereits seit Wochen beschäftigt war und ein ansteigendes Körpergewicht zeigte, zweifelhaft; wahrscheinlicher war die Annahme, daß er infolge einer vorübergehenden ängstlichen Unruhe fortgegangen

ist, daß das nächtliche Umherirren in einer fremden Waldgegend und das Gefühl der Verlassenheit die ängstliche Ratlosigkeit gesteigert und den folgen-schweren Entschluß herbeigeführt hatte.

Wahnvorstellungen allein geben nur selten Anlaß zu Entweichungen. So kam es hier vor, daß ein dementer, an Hirnlues leidender Kranker fortging, um „sich seine Villen in der Stadt zu besehen“. Ein anderer, eine paranoide Form der Geistesstörung darbietender Kranker entfloh zweimal vom Felde, um seine Frau, welcher er in puncto der ehelichen Treue nicht traute, in einer entfernten Stadt zu überraschen. Mehrmals wurde ein Entweichen aus denselben Gründen bei einem Alkoholiker beobachtet. In den meisten Fällen (15mal) treten jedoch zu den Wahnvorstellungen noch Halluzinationen oder seltener zwangsmäßig sich aufdrängende Gedanken als ein viel gewichtigeres Moment für die Entweichung hinzu. Hier stellen vor allen Dingen die an Dementia praecox und speziell an den paranoiden Formen Leidenden die höchsten Zahlen. Ein solcher Kranker entfloh aus der Werkstätte, weil er „soviel mit Gedanken zu tun“ hatte und ihm die Augen „wasserlich und krisse-lich“ gemacht wurden, so daß er nicht arbeiten konnte. Ein anderer geht davon, weil er durch seinen „Gedankenapparat“ den Auftrag erhält, einer Personalverwechslung nachzuforschen; er versieht sich im Hause seines Vaters mit einem Revolver, „der nur Verbrecher schießt“, und wandert nach einer Nachbarstadt, in deren Rathaus er den polizeilichen Auftrag für sich niedergelegt glaubt. Inwieweit diese nachträglich gemachten Angaben wirklich die Flucht veranlaßten, steht dahin; der Kranke bietet jetzt ausgesprochen katatonische Erscheinungen, so daß sehr wohl auch damals ein impulsives Handeln mitgespielt haben kann. Einem Dritten wird durch „Gedanken“ nahegelegt, eine versehentlich offen gelassene Tür der Werkstatt sei gerade um seinetwillen unverschlossen geblieben, um ihm die Flucht zu ermöglichen, und er kann gegen diesen sich aufzwingenden Gedanken nicht mit Erfolg ankämpfen. Vielfach werden derartige Kranke durch quälende, körperliche Mißempfindungen fortgetrieben, namentlich bei weiblichen Kranken spielen solche „Belästigungen“, zumal sexueller Art, eine erhebliche Rolle. Gar nicht selten wird es den

ken auch direkt durch Stimmen gesagt, sie sollen fortgehen, seien in der Anstalt nichts nütze und seien jetzt frei. Solche nehmlich durch Halluzinationen oder Wahnideen beherrschten ken gehen oft sehr überlegt in den Vorbereitungen für die ht vor; sie dissimulieren krankhafte Erscheinungen, geben selbst längere Zeit den Anschein besonderer Zufriedenheit besseren Befindens, um dann eine günstige Gelegenheit zu itzen. Dabei empfinden sie, je weniger ihre sonstigen geistigen fte gelitten haben, um so mehr das Qualvolle ihres nicht selten odisch sich verschlimmernden Zustandes, welchem sie nicht en ein Ende zu setzen geneigt sind, so daß ihnen bezüglich s Selbstmordes nicht zu trauen ist.

Einen besonders theatralischen Anstrich geben meist die an sterie Erkrankten ihren Entweichungen. Es handelte sich unseren Fällen stets um weibliche Kranke; ausgesprochene terien bei Männern sind hierzulande in den niederen Ständen : seltene Krankheitsform und gelangen höchstens als trauma- he Neurose zur Beobachtung. Solche Kranken sind anspruchs- , glauben sich nicht genug beachtet, ihrem Zustande nicht sprechend behandelt, querulieren und schikanieren oft in jeder ise. Aus dieser unzufriedenen und nörgelnden Stimmung her- erfolgen ihre Fluchtversuche mit oder ohne Überwindung von dernissen. Eine Kranke — eine frühere Schwester — entfloh hier einmal in das städtische Krankenhaus, um sich dort klagen zu können; das zweitemal wurde sie dabei betroffen, sie gerade eine Kollekte, angeblich für irgendeine mildtätige tung, in Wirklichkeit zur Beschaffung von Reisemitteln für i selbst, inszeniert hatte. Eine dritte strandete auf dem Heu- en eines benachbarten Büdnern „als dem einzig ruhigen tzen, wo sie gesund werden könne“. Daß es bei solchen weichungen nicht ohne Verleumdungen und Hetzereien gegen Anstalt abgeht, bedarf für den Kenner des hysterischen arakters kaum der Erwähnung.

Im ganzen ist von der vorstehend skizzierten Gruppe der erlegten Entweichungen zu sagen, daß das Freiheitsbedürfnis ein nur in höchstens einem Viertel der Fälle zu Fluchtversuchen ert. Viel größer ist die Zahl derselben aus krankhaften Motiven

heraus. Am bedenklichsten sind die im Affektzustand vollzogenen Entweichungen, sei derselbe nun in einer primären ängstlichen Verstimmung, in chronischen Vergiftungen, senilen Involutionsvorgängen oder durch Halluzinationen begründet. Bei solchen Kranken ist daher in der Behandlung Vorsicht bei der Gewährung von Freiheit geboten.

Ein ganz anderes Gesicht wie die bisherigen tragen die Entweichungen geisteskranker Verbrecher (34 Fälle), welche bei uns sämtlich männliche Personen betrafen. Bei ihnen spielten niemals krankhafte Motive eine Rolle; immer war die Sehnsucht nach Freiheit und dem ungebundenen Leben der Grund der Flucht. Durch zwei Momente zeichnen sich besonders diese Fluchtversuche verbrecherischer Geisteskranker aus. Erstens durch die Neigung zum Komplottieren, welcher bei der zeitweiligen Anhäufung solcher Elemente nicht genügend durch Verteilung auf getrennte Abteilungen begegnet werden kann. Nicht weniger wie zehnmal kam es zu derartigen Komplotten, wobei solche Kranke fast stets Personen gleichen Vorlebens sich auswählen; nur zweimal wurde je ein manischer Kranker ins Vertrauen gezogen und zur Mitflucht veranlaßt. Die mildeste Art des Entweichens ist das einfache Weglaufen von der Arbeit, bei Spaziergängen oder aus Gärten. Auch hier komplottieren Kranke. So sprangen auf Verabredung zwei jugendliche derartige Kranke an verschiedenen Stellen über die niedrige Umfriedigung der Wacheabteilung und waren längst im dichten Gebüsch der Waldes verschwunden, ehe eine wirksame Verfolgung ins Werk gesetzt werden konnte. Ein imbeziller Kranker, dessen Schwachsinn für gewöhnlich in seinem Verhalten in der Anstalt weniger hervortrat, entwich im Laufe der letzten Jahre nicht weniger wie fünfmal, und zwar immer nach demselben Heimatsort, obgleich weder seine Frau noch seine sonstigen Angehörigen dort etwas von ihm wissen wollten, und er jedesmal prompt durch die Polizei der betreffenden Stadt zurückgeführt wurde — ein bündiger Beweis seines Schwachsinn und beschränkten Gesichtskreises. Im übrigen tragen jedoch die Entweichungen derartiger Kranken keineswegs immer den Stempel geistiger Schwäche, vielfach wird sogar mit aner kennenswerter Umsicht verfahren. Zwei solche

nke schwindelten einem frisch in Dienst getretenen, unerfahrenen Pfleger die Schlüssel ab, unter dem Vorgeben, in der renzenden Stiefelkammer sich die Schuhe reinigen zu wollen; ürlich waren sie sofort unter Mitnahme fremder Sachen über Berge. Ein anderer katatonisch Kranker hatte anscheinend Zeichen des Schwachsinnns die läppische Angewohnheit behalten, Personen zu betasten; bei solcher Gelegenheit entwendete er ein notorischer Dieb — einem Pfleger die Schlüssel und verwand. Gelegentlich spielt der Alkohol den agent provocateur. Kranker, welcher der Anstalt als anstelliger Handwerker ertliche Dienste erwiesen, benutzte gelegentlich eines Ausflugs Trunkenheit des begleitenden, unzuverlässigen Pflegers und eines leren Kranken, um sich des letzteren Uhr anzueignen und zu schwinden; nach einigen Tagen zeigte er seine glückliche Anft in Schweden an. Zwei weitere Kranke regneten mit ihrer azierkolonne in einem ländlichen Gasthof ein; ein Querulant, leher von seinem gleichartig veranlagten Vater gelegentlich eines suchs Geld und ein Messer zugesteckt erhalten hatte, gab ihnen des, und sie entflohen, nachdem sie einen nachgeschickten eger durch die Drohung mit Erstechen von der weiteren Vergung abgeschreckt hatten.

Zweitens unterscheiden sich die Fluchtversuche verbrecher Geisteskranker von denen gewöhnlicher Geisteskranker durch, daß in vielen Fällen (16) die Entweichungen unter Anndung von Türaufbrechen oder von Instrumenten, zumal achschlüsseln, erfolgen. So gelingt es ihnen auch meist ohne sondere Mühe, aus verschlossen gehaltenen Abteilungen zu entehen. Jedes von einer Flasche abgelöste oder von schwachmigen Kranken bei der Arbeit gesammelte und eingeschleppte raht- oder Eisenstück wird als Dietrich zurechtgebogen und nügt in den meisten Fällen zum Öffnen unserer einfachen, wenig instvollen Schlösser. Jeder auf Rütteln herabsinkende oder nicht st fassende Türriegel ist solchen Kranken alsbald bekannt und hrt dazu, bei Gelegenheit die Tür mit Gewalt zu sprengen. Bonders unzuverlässig erweisen sich hier in dieser Beziehung die hornverschlüsse der Fenster, welche, zumal auf Nebenfluren, deren immer als Einzelzimmer gerade von besonnenen Kranken sehr

begehrt sind (frühere Zellen), eine sehr günstige Gelegenheit zum Entweichen geben. Ebenso wurden wiederholt Schrauben an den Saalfenstern und den Gittern der gefensterten Flurtüren von solchen Kranken entfernt und Gitter oder Fenster zwecks Ermöglichung der Flucht herausgenommen. Verbrecherische Kranke sind ja im Ausspähen von Gelegenheiten unübertrefflich. Daß bei diesen Entweichungen allerlei fremde Sachen bis zu Fahrrädern mitgehen geheißen wurden, ist fast überflüssig zu sagen. Der Erfolg der Flucht war jedoch fast immer ein vorübergehender: nur einem Kranken glückte es, sich monatelang draußen zu halten und als professioneller Dieb Stettin unsicher zu machen; alle anderen wurden innerhalb weniger Tage zurückgebracht, davon hatten zwei geringfügige Diebstähle in dieser Zeit begangen.

Klinisch sagen uns diese Entweichungen verbrecherischer Kranker wenig oder gar nichts. Sie zeigen höchstens, wie *Knecht* sagt, daß Leute, deren Profession in gesunden Tagen das Aus- und Einbrechen ist, ihr Handwerk auch in kranken Tagen nicht verlernen, wie wir es von jedem geisteskranken Handwerker längst wissen. Für solche Kranke ist die moderne Irrenanstalt mit ihrem Krankenhauscharakter und der freieren Behandlungsweise nicht der geeignete Unterkunftsort; sie bedürfen meist auch viel weniger einer eigentlichen Behandlung als einer sicheren Verwahrung.

Überblicken wir das gesamte Material, so springen einige Punkte allgemeiner Art besonders ins Auge. Es könnte die Zahl der Entweichungen mit 150 in den sechs Jahren des Bestehens der hiesigen Anstalt als recht hoch erscheinen. Im Verhältnis zu den Aufnahmen (1485) schrumpft sie jedoch erheblich zusammen und beträgt nur ca. 10%. Ihre Höhe erklärt sich einestails aus der großen Zahl hierhergewiesener verbrecherischer Geisteskranker und anderseits daraus, daß ich jeden Fluchtversuch, auch wenn er in kürzester Frist vereitelt wurde, mitgezählt habe. Interessant ist es, hier ganz alte Zahlen heranziehen zu können. *Rieger*¹⁾ gibt für das alte Juliushospital in Würzburg, in dem vor 300 Jahren

¹⁾ 2. Bericht aus der psych. Univ.-Klinik Würzburg 1906.

steskranke unter anderen Kranken verpflegt wurden, die Entweichungen ersterer mit 12% an; es war also in der guten alten nicht wesentlich anders wie heute.

Ferner zeigt mein Material ein auffälliges Überwiegen der Männer über die Frauen bei den Entweichungen, wie es *Rieger* und *Schlager* ebenfalls gefunden hatten. Auch hier ist die hohe Zahl verbrecherischer Männer schuld, deren entsprechende Kategorie bei den Frauen ganz fehlt; außerdem aber ist wohl die größere Aktivität des männlichen Geschlechts und, wie mir scheint, auch in psychopathischen Zuständen länger erhaltene geistige Regsamkeit im Verhältnis zu einer leichteren Verblödung bei Frauen ausschlaggebend.¹⁾

Weiter ist es auffallend, wie wenig — abgesehen von den verwerflichen Elementen — das Freiheitsbedürfnis (22 mal) allein, sondern überwiegend (94 mal) dagegen krankhafte innere Vorgänge Fluchtversuchen anregen. Gerade durch letztere können uns Entweichungen Geisteskranker gelegentlich wertvolle diagnostische Aufschlüsse geben, uns den Grad der Demenz, den Einfluß des Charakters, die Stärke impulsiver Antriebe, die Macht der Begünstigungen und Halluzinationen erkennen lassen. Auch therapeutisch können sie uns Fingerzeige geben, vor allem in der Zurechtweisung des jeweils nötigen Grades der Bewegungsfreiheit, ohne daß ein allzugroßes Risiko einer Beschädigung der eigenen oder fremden Personen durch Kranke mit in Kauf genommen werden muß. Beiden Gefahren wird man im wesentlichen durch erhöhte Aufmerksamkeit auf die Kranken und vorsichtige Bewährung sowohl bei Zuerkennung größerer Bewegungsfreiheit begegnen können.

Die Gefahr einer Selbstbeschädigung wird sich allerdings wohl nie ganz vermeiden lassen, sie ist aber auch früher zur Zeit größerer Freiheitsbeschränkung und vor allem bei Isolierungen Geisteskranker eher größer gewesen als bei der heutzutage üblichen

¹⁾ In den Lehrbüchern finde ich hierüber allerdings nichts. Wenigstens bezüglich des Materials einer Prov.-Anstalt habe ich jedoch diesen Eindruck. In dem jetzigen Bestand der hiesigen Anstalt (292 Männer, 290 Frauen) kann man bei den Männern 76%, bei den Frauen nur 60% im allgemeinen als geistig regsam bezeichnen.

freieren Behandlungsart. Gelegentliche Unglücksfälle, wie ich einzelne im Vorstehenden angeführt, können daher letztere mit ihren Vorzügen nicht diskreditieren. Das andere Risiko, eine wesentliche Gefährdung des Publikums durch entwichene Geistesranke, ist dagegen in allen unseren Fällen vermieden; ob diese Verhältnisse jedoch immer, z. B. bei dem Krankenmaterial einer Großstadt, ebenso liegen, erscheint mir zweifelhaft.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

II. Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater
und Neurologen am 9. August 1906 in der Provinzial-Irrenanstalt
zu Schleswig.

Anwesend waren die Herren: *Adler-Schleswig, Bertheau-Schleswig, Bial-Altona, Dabelstein-Neustadt i. H., Delbrück-Ellen, Draeseke-Hamburg, Hinrichs-Schleswig, Hennings-Reinbeck, Hinrichs-Schleswig, Jaspersen-Schellener Berg b. Preetz, Jühlke-Alt-Strelitz, Kirchhoff-Schleswig, Kobelius-Schleswig, Kroemer-Neustadt i. H., Lienau-Hamburg, Matusch-Sachsenberg, Nonne-Hamburg, Ofterdinger-Rellingen, Raecke-Kiel, Repkewitz-Schleswig, Reye-Hamburg, Schröder-Altona, Schulze-Schleswig, Suadicani-Schleswig, v. Varendorff-Schleswig, Wassermeyer-Kiel, Wattenberg-Lübeck, Weißenborn-Schleswig, Wiek-Pinneberg, Westhoff-Schleswig, Wullenweber-Schleswig, Zappe-Schleswig.*

Es hat sich entschuldigt: *Siemerling-Kiel.*

Professor *Kirchhoff-Schleswig* eröffnet die Sitzung mit einer Begrüßung der Anwesenden. Zum Vorsitzenden wird *Kirchhoff-Schleswig*, zum Schriftführer *Hinrichs-Schleswig* gewählt.

Die nächstjährige Versammlung soll in Sachsenberg (ev. Neustadt i. H.) stattfinden.

Der Vorsitzende gedenkt alsdann des verstorbenen Mitgliedes *Rieper-Neustadt i. H.*, dessen Andenken die Versammlung durch Erheben von den Händen ehrt.

Aus dem Verein sind ausgetreten, weil verzogen: *Meyer-Kiel*, jetzt *Wismar*, und *Schüler-Reinfeld*, jetzt *Goldap*. Zum Eintritt melden sich: *Kroemer-Neustadt i. H., Westhoff-Schleswig.*

Ein Beitrag soll der guten Kassenverhältnisse wegen nicht erhoben werden.

Vorträge: 1. *Draeseke-Hamburg*: Ein Beitrag zur Pathologie der Epilepsie.

Vortragender legt seinen Ausführungen einen an einem Hunde beobachteten eigenartigen Krankheitsvorgang zugrunde, den man dem klinischen

Bilde nach als Epilepsie bezeichnen mußte. Die Möglichkeit einer eingehenden Beobachtung, sowie einer späteren Verarbeitung des Gehirns des Hundes verdankt er Herrn Tierarzt *Lentsch* in Hamburg. Der Fall gewinnt dadurch an Wert, daß er seinem klinischen Verlaufe sowie seinem pathologisch-anatomischen Befunde nach in vielen Beziehungen demjenigen sehr ähnlich ist, der in der Hallenser Klinik im Jahre 1899 an einem 59 jährigen Arbeiter beobachtet wurde.

Die zugrunde gelegte Krankengeschichte des ersten Falles ist folgende: 2—3 Jahre alte deutsche Dogge wird anlässlich des Wechsels ihres Besitzers von Herrn *Lentsch* genau untersucht und gesund befunden. 1 $\frac{1}{4}$ Jahr später erkrankt das Tier plötzlich, indem es vom Hof in die Küche läuft, vor sich hinstarrt, zittert, aufschreit, hinstürzt, mit Rumpf und Extremitäten die heftigsten Krampfbewegungen macht, blutigen Schaum am Maule zeigt, Kot und Urin unter sich läßt und auf Anruf nicht reagiert. Dieser Anfall währt etwa 10 Minuten. Sodann erwacht der Hund wie aus einem Traum, erkennt seinen Herrn und verfällt dann in tiefen Schlaf. Irgendwelche Anhaltspunkte für die Entstehung des Krampfanfalles (Verdauungsstörungen, Eingeweidewürmer) lassen sich nicht feststellen. Genau einen Monat später tritt der zweite und wieder einen Monat später der dritte Anfall ein, die beide das gleiche Bild boten und 5—10 Minuten dauerten. Nach fast drei Monaten setzt ein neuer, äußerst heftiger Anfall ein, dem an demselben Tage noch sieben ungefähr gleich schwere folgen; darauf tiefer Schlaf und nach demselben reichliche Nahrungsaufnahme. Zwei Monate später drei heftige Anfälle unmittelbar nach der Deckung einer Hündin gleicher Rasse, die in der Absicht herbeigeführt war, um eventuell die Vererbungsfrage zu studieren. Leider abortierte die Hündin. Vier Tage später noch ein leichter Anfall, der sich in den nächsten drei Monaten je einmal in gleichfalls leichter Form wiederholte. Das Tier nahm sodann sehr an Gewicht zu, war munter und lebhaft und machte alle Kunststücke, die es früher gelernt, in der gleichen Weise. Nach sechs Monaten, in denen der Hund völlig anfallsfrei blieb, wurde das Tier mit Chloroform getötet. Körpergewicht 109 Pfd., Gehirngewicht 111 g. Keine Veränderungen am Schädel oder an den Hirnhäuten, die auf eine Reflexepilepsie hätten schließen lassen. Alle Organe, einschließlich der Schilddrüse, ohne krankhafte Veränderungen.

Bei dem 59 jährigen Arbeiter handelte es sich um einen völlig gesunden Mann, der Lues und Potus negierte. Leider war es nicht möglich, eine genauere Krankengeschichte zu ermitteln (siehe *Spielmeyer*: Archiv für Psychiatrie, Bd. 35, 1902). Vier Jahre vor der Aufnahme Unfall, Verlust von vier Fingern der rechten Hand. Seit einiger Zeit in nicht ganz regelmäßigen Pausen von 3—4 Wochen Krampfanfälle, bei denen die klonischen Zuckungen im verletzten Arm begannen und dann auf die unteren Extremitäten übergingen. Angeblich kein Bewußtseinsverlust. Patient setzte sich, wenn der Anfall kam, auf einen Stuhl und reagierte auf Fragen während der Attacke. Nach dem etwa 8 Minuten dauernden Anfall mehrstündiger Schlaf. Kein er-

olicher Kopfschmerz, nie Zungenbiß noch Secessus; plötzlich teilnahmslos, mpf, Sprache unartikulierte, wird dann unruhig, Delirien stellen sich ein, tient reagiert nicht mehr auf Fragen. Am siebenten Tage der Beobachtung Exitus letalis.

Bei dem ersten Fall handelt es sich klinisch unzweifelhaft um Epilepsie. pathologisch-anatomischen Präparate der Großhirnrinde aber, die der tragende zeigt, lassen schon bei der makroskopischen Betrachtung in der ide selbst sowie im Marklager rundliche Flecke erkennen, in denen bei eigert-Färbung die Markscheiden nicht gefärbt erscheinen. Die Bilder mmen zum Teil mit denen, die *Spielmeyer* in seiner oben erwähnten Art gibt, auffallend überein. Ob es sich bei dem Hunde, wie in diesem lle, um eine Encephalitis oder einen anderen Prozeß handelt, muß die itere mikroskopische Untersuchung des Kleinhirns und Hirnstammes noch eben. Bemerkenswert ist, daß bei diesen vorliegenden anatomischen ränderungen, die in beiden Fällen krampfähnliche Erscheinungen hervorfen, von denen die des Hundes am meisten denen echter genuiner Epissie gleichen, die Psyche so wenig in Mitleidenschaft gezogen wurde. Wenn ch die Anamnese des Patienten nicht viele Anhaltspunkte gab, so geht ch soviel daraus hervor, daß gröbere seelische Störungen eine lange Zeit nicht vorgetreten sind. Das Tier dagegen erholte sich nach den verschiedenen ankheitsschüben, fiel in keiner Weise als verändert auf und vermochte enso wie früher die erlernten Kunststücke auszuführen. (Autoreferat.)

Diskussion: Auf Anfrage von Herrn *Nonne*-Hamburg erwidert der Vorgehende, daß Veränderungen an Gefäßen nicht gefunden seien. Die mikroskopische Untersuchung des Kleinhirns und Hirnstammes seien noch nicht Ende geführt.

2. *Dracseke*-Hamburg: Demonstration eines rachitischen hädels.

Die Veranlassung zur Demonstration des rachitisch stark veränderten hädels eines Cynocephalus gibt Vortragendem eine Mitteilung *Rinnes* in r Vereinigung der Chirurgen Berlins im März dieses Jahres. Es handelt ch um einen 20 jährigen Patienten, der eine starke Auftreibung des rechten imbeins und eine Verschiebung der Orbita nach unten um 1½ cm zeigte. e große Empfindlichkeit des Stirnbeins, des Supraorbitalrandes und der nzen Schläfengegend zur Folge hatte. In seinem 11. Lebensjahre erlitt tient einen Schlag mit einer Eisenstange gegen die Schläfe und von diesem itpunkt an trat allmählich eine Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der nannten Gegend hervor. Zuerst stellten sich alle halbe Jahr anfallsweise ongestionen ein, nachher vermehrten sich dieselben, schließlich hatte der ranke alle vier Wochen eine starke Hyperämie der rechten Conjunktiva, dem des oberen Augenlides und der rechten Stirngegend und bekam dabeben starke Kopfschmerzen, so daß er als Sekundaner nicht arbeiten konnte.

Weitere Reizerscheinungen von seiten des Gehirns fehlten vollkommen. *Rinne* schritt zur Operation, traf auf eine 3 cm dicke sklerosierte Knochenmasse ohne irgendwelche Spongiosa. Dura war normal. Nach der Operation auffallende Besserung aller Symptome. *Rinne* verschaffte sich ein Kinderbild des Patienten aus seinem 8. Lebensjahr und glaubt hier schon ein Stärkersein der betreffenden Seite wahrnehmen zu können. Demgegenüber weist *Dräseke* nun an der Hand des vorgelegten Schädels, der besonders in der Stirngegend enorm hyperplasiertes, sklerosiertes Knochengewebe zeigt und nicht ganz symmetrisch ist, auf die Möglichkeit hin, daß es sich bei dem Patienten unter Umständen vielleicht um einen einseitigen rachitischen Prozeß gehandelt hat, der zu außerordentlich starken Knochenverdickungen geführt hat, die schon ähnliche nervöse Erscheinungen herbeizuführen wohl imstande sind. Als Gegenstück zu dieser rachitischen Knochenverdickung legt Vortragender dann noch den Schädel eines Zwergpintschers vor, den er Herrn Tierarzt *H. Lentsch* in Hamburg verdankt. Der Schädel ist papierdünn. Das Foramen magnum ist nicht symmetrisch gebaut und seitlich verlagert. Der Alveolarteil des Oberkiefers ist gar nicht entwickelt, die beiden Unterkieferäste sind nicht verbunden, Zähne hat das Tier früher einmal nur vier voraussichtlich im Unterkiefer gehabt. Die Nahrungsaufnahme konnte nur mit der stark entwickelten Zunge vor sich gehen. Den Kampf ums Dasein hätte dieses Tier nie bestehen können. Somit ist dieser Schädel ein lehrreiches Beispiel dafür, wie Inzucht und Rachitis (Hydrocephalus) denselben abgebaut haben, wenn man sich für diesen Vorgang eines solchen Ausdrucks bedienen darf.

(Autoreferat)

3. Nonne-Hamburg: Klinisches und Pathologisch-Anatomisches zur Lehre von den anämischen Spinalerkrankungen.

Herr *Nonne* stellt einen 28 jährigen Mann vor, welcher infolge von langdauernder körperlicher Anstrengung als einziger Wärter im Krankenhaus einer kleinen Stadt und nebenbei noch viel beschäftigter Privatwärter eines sehr beschäftigten Arztes vor einigen Monaten erkrankte an allgemeiner Mattigkeit und Abgeschlagenheit. Es traten Parästhesien in den oberen und unteren Extremitäten auf, — Patient wurde blaß und ataktisch in den Beinen, so daß er nach zwei Monaten nicht mehr stehen und gehen konnte. Die objektive Untersuchung (im Eppendorfer Krankenhause) ergab mittelgradige einfache Anämie, hochgradige statische und lokomotorische Ataxie, diffuse leichte Sensibilitätsstörungen von den Zehen bis ins obere Drittel der Oberschenkel reichend, Abschwächung der Sehnenreflexe der untern Extremitäten. Im weiteren Verlauf nahm die Anämie zunächst noch vier Wochen lang zu, die Sehnenreflexe verschwanden, es trat eine geringe Ataxie auch in den oberen Extremitäten, mit Verlust der Sehnen- und Periostreflexe, auf. Allmählich bildete sich die Ataxie zurück, die Sehnenreflexe kehrten wieder, die Sensibilitätsstörung verschwand. Patient wurde entlassen mit einem Hämoglobin-

rt von 50% und einer Blutkörperchenanzahl von 3 Millionen. Jetzt, drei Monate später, ist der Hämoglobingehalt 80%, rote Blutkörperchen 3800 000. Der objektive Befund am Nervensystem ist absolut normal; Patient hat aber noch blaß aus und hat noch hier und da Parästhesien in den unteren Extremitäten.

N. weist auf die spärlichen bisher in der Literatur vorliegenden Fälle (Fall von *Nonne*, drei Fälle von *Putnam* und *Taylor*) hin, in denen es lang dauernden Remissionen resp. Intermissionen der spinalen Symptome Anämie kam.

In einem zweiten Fall hatte es sich gehandelt um einen 50 jährigen Mann, bei dem *Luce* im Allgemeinen Krankenhaus St. Georg vor drei Jahren das typische Bild einer schweren perniziösen Anämie beobachtet hatte. Diese Krankheit heilte aus durch erfolgreiche Behandlung der jauchigen Stomatitis. Es hatten damals Parästhesien, Ausfall der Patellarreflexe, leichte motorische Paresen und diffuse Sensibilitätsstörungen an den unteren Extremitäten bestanden. Auch diese Symptome bildeten sich bei der Heilung der Anämie zurück. Patient lebte seither über zwei Jahre als Postbote und suchte *Eppendorf* auf, als sich vor einigen Wochen in schneller Folge Schwächezustände in den unteren Extremitäten, Parästhesien und Blasenstörung entwickelt hatten. Aktiv fand sich das Bild einer bereits weit vorgeschrittenen kombinierten Systemerkrankung (ataktische Paresen in den unteren Extremitäten, Erhöhung der Sehnenreflexe, *Babinski* und *Oppenheim* positiv, Sphincterschwäche, Sensibilitätsstörungen an den unteren Extremitäten bis an den Hals hinaufreichend). In der weiteren Folge entwickelten sich spastische Kontrakturen an den unteren Extremitäten, Blasenlähmungen, Cystopyelitis

Decubitus. Sehr bemerkenswert war, daß die Blutwerte nicht wesentlich von der Norm abwichen (Hämoglobin, Zahl der roten und weißen Blutkörperchen, mikroskopisches Blutbild an frischen und gefärbten Präparaten).

Bei der Sektion fand sich eine geringe Anämie der inneren Organe, nicht die essentiellen Befunde der „perniziösen“ resp. letalen Anämie.

Untersuchung des Rückenmarks ergab ausgedehnte Erkrankungen der Hinter-, Seiten- und Vordersträngen, wie sie für vorgeschrittene Fälle bei „anämischer Spinalerkrankung“ oft beschrieben sind. Auch ließ sich nachweisen, daß die Querschnittsbilder zustande gekommen sind durch Konfluenz vieler Herde und nicht durch eine „Systemerkrankung“ der einzelnen „Systeme“.

N. betont die prinzipielle Wichtigkeit dieses Falles, die darin liegt, daß er beweist

1. daß das typische Bild einer Anaemia perniciosa durch eine jauchige Stomatitis hervorgerufen und durch Beseitigung derselben zur Heilung gebracht werden kann,

2. daß das bereits ausgesprochene spinale Krankheitsbild der Anämie zugleich mit Heilung der Anämie sich zurückbildet,
3. daß über zwei Jahre später die Spinalerkrankung von neuem, scheinbar spontan, auftritt und speziell ohne eine neue Erkrankung des Blutes schnell progressiv wird und zum Tode führt. Es ist damit auf das unzweideutigste die Unabhängigkeit der Anämie und Spinalerkrankung voneinander dargetan. (Autoreferat.)

Diskussion: Herr *Raecke*-Kiel erwähnt einen Fall von perniziöser Anämie mit Hinterseitenstrangerscheinungen und psychischen Störungen (hypochondrischer Umdeutung der Parästhesien und ängstlichen Delirien), der in der Klinik beobachtet wurde. Die pathologisch-anatomischen Präparate sind von *Siemerling*-Kiel in der medizinischen Gesellschaft in Kiel demonstriert worden. Es fanden sich multiple myelitische Herde im Rückenmark und davon ausgehend eine Degeneration der Seiten- und Hinterstränge. Die Anamnese ergab Potus und Lues.

Herr *Nonne* weist im Schlußwort hin auf den Alkoholismus als ein ätiologisches Moment bei den anämischen Erkrankungen des Rückenmarks.

4. *Wassermeyer*-Kiel: Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken.

Vortragender hat mit dem *Zeißschen* binokularen Mikroskop Untersuchungen an Geisteskranken angestellt bezüglich der Pupillenruhe und der Psychoreflexe. Die Beobachtungen wurden bei hellem Tageslicht vorgenommen. Von 39 Kranken mit Hebephrenie, Katatonie oder Paranoia mit raschem Zerfall waren bei 6 (15%) diese beiden Erscheinungen nicht mehr sicher nachzuweisen, von 6 Imbezillen fehlten sie bei einem. Von zehn Epileptikern, von denen vier ausgesprochen dement waren, wurden sie bei zwei vermißt, bei zwei anderen nur im epileptischen Dämmerzustande bei erhaltener Lichtreaktion.

Bei diesen Fällen, sowie bei 45 an anderen Psychosen und Neurosen leidenden Kranken fiel der große Unterschied in der Lebhaftigkeit und Ausgiebigkeit der Pupillenruhe und der Psychoreflexe auf. Es wurden deshalb noch 174 Gesunde (Soldaten) untersucht. Bei 24 (13%) war die Pupillenruhe nicht einwandfrei vorhanden, bei sechs auch die Psychoreflexe nicht sicher zu erzielen, bei einem fehlten beide völlig, ohne daß irgend eine Erkrankung nachweisbar war.

Vortragender hält noch ausgedehnte Untersuchungen an Gesunden für notwendig, ehe aus dem Befunde bei Kranken diagnostische und prognostische Schlußfolgerungen gezogen werden können. (Autoreferat.)

(Der Vortrag erscheint in extenso an anderer Stelle.)

Diskussion: Herr *Kirchhoff*-Schleswig fragt, ob die Pupillenuntersuchungen am Krankenbett für die Praxis nicht zu schwierig seien.

Der Vortragende hält die Schwierigkeit nicht für zu groß. Die Apparate sind aber sehr teuer.

Herr *Cimbal-Altona* erinnert an die verschiedene Versuchsanordnung *Wassermeyer* und den früheren Untersuchern und glaubt, daß die Auscultation fortwährender kleiner Akkommodationsschwankungen bei Tageslicht schwieriger sei als im Dunkelzimmer. Für feine Einzeluntersuchungen ist er die Zusammenfassung der *Dementia praecox*-Kranken als einheitliche Gruppe wegen der großen Unterschiede der Einzelsymptome nicht förderlich. Er fragt schließlich an, ob gewisse mit vasomotorischen Störungen, maximaler Pupillenerweiterung, Sistieren der Menses, Ohnmachten beginnende atonische Erkrankungen in der akuten Phase eine Sonderstellung bei den Untersuchungen hätten erkennen lassen.

Herr *Wassermeyer* weist die gemachten Einwendungen zurück. Den häufigsten katatonischen Erkrankungen ist bei den Untersuchungen keine Sonderstellung eingeräumt.

Herr *Nonne-Hamburg* fragt, ob auch bei Traumatikern Pupillenuntersuchungen angestellt seien.

Herr *Wassermeyer* erwidert, daß auch bei diesen normale Verhältnisse gefunden seien, und betont nochmals, daß nach den Ergebnissen der Untersuchungen an dem Material der Kieler Klinik und an 174 gesunden Soldaten das Wesen der Pupillenunruhe und Psychoreflexe noch nicht hinreichend klärt ist, so daß aus dem Fehlen dieser Phänomene diagnostische und prognostische Schlüsse sich nicht ziehen lassen. Ausgedehnte Untersuchungen Geistesgesunden erscheinen zunächst noch erforderlich, ehe man daran gehen kann, Schlüsse aus Abweichungen bei einzelnen Formen von Geisteskrankheiten zu ziehen.

5. *Raecke-Kiel*: Fahnenflucht und Fuguezustände.

Vortragender berichtet über 18 Fälle von Fahnenflucht oder unerlaubter Entfernung infolge von Fuguezuständen bei Marineangehörigen. Klinisch appiierten sich dieselben folgendermaßen:

1. Sechs Fälle mit vorwiegend epileptischen Symptomen. (Davon zweimal sichere Epilepsie mit ärztlich beobachteten typischen Anfällen; dreimal Epilepsie infolge der Anamnese sehr wahrscheinlich; einmal chronischer Alkoholismus mit epileptischen Zügen.)
2. Neun Fälle mit hysterischen Symptomen. (Davon drei ausgesprochene Hysterie mit Krampfanfällen und Dämmerzuständen, fünfmal psychopathische Minderwertigkeit und einmal chronischer Alkoholismus mit einzelnen hysterischen Erscheinungen.)
3. Dreimal Imbezillität.

In den Fällen sicherer und wahrscheinlicher Epilepsie handelte es sich um mehr triebartig planloses Umherwandern mit entschieden auffälligem Verhalten (verstörtes Wesen, Angstanfälle, Wutausbrüche, Halluzinieren) und

mit mehr oder weniger tief getrübtter Erinnerung bis zur völligen Amnesie. Die Dauer schwankte zwischen Stunden und Tagen.

In den hysterischen Dämmerzuständen herrschte ein träumerisch zerstreutes Wesen vor, mit illusionärer Verkenntung, gezieltem Getue, Beilegung falscher Namen, Vorbeireden, Erfinden romanhafter Geschichten nach Art der *Pseudologia phantastica*. Im einzelnen war das Bild sehr mannigfach. Die Amnesie zeigte schwankende Grenzen.

In den Fuguezuständen der Psychopathen und Schwachsinnigen waren die Handlungen besser verknüpft und motiviert. Dem Fortlaufen lagen Affekte zugrunde, wie Ärger, Heimweh, sexuelles Begehren. Es fehlte durchweg das von *Siemerling* geschilderte Nebeneinander von gleichgültigem Tun und überraschenden Verkehrtheiten, wie es durch die Dissoziation der Vorstellungen im epileptischen Dämmerzustande mit seinen häufigen Intensitätsschwankungen verursacht wird. Auf den Wanderungen kam es zu Exzessen in Baccho et Venere, zu Pumpversuchen bei Bekannten, zweimal zu Hochstapeleien und Diebstählen. Die Dauer betrug hier Wochen und Monate. Behauptete Amnesien erwiesen sich nicht als echt. Bei der forensischen Beurteilung war der Hauptnachdruck, abgesehen von dem Grade des Schwachsinns, auf begleitende Nebenumstände wie Affekte und Alkoholgenuß zu legen.

Dem Trauma kam ätiologisch keine wesentliche Rolle zu. Wichtiger erschien für die Genese der Fuguezustände der auch von *Heilbronner* gewürdigte Umstand, daß meist von Jugend auf eine Neigung zum Fortlaufen und Vagabondieren bestand. Impulsives Fortlaufen findet sich nicht selten bei nervösen Kindern mit abnorm gesteigerter Empfindlichkeit und kann sich bei ungeeigneter Behandlung zu einer fast gewohnheitsmäßigen Reaktion auf dysphorische Reize entwickeln. *Sioli* hat in einem derartigen Falle noch durch monatelange konsequente Bettruhe Heilung erzielt. Hat sich aber einmal die lästige Tendenz zum Fortlaufen ungehindert entwickelt, dann wird sie auch im krankhaften Affektausbruch oder im Dämmerzustande die Richtung bestimmen können, in welcher sich die Erregung entläßt.

Der Sachverständige muß bei jedem Fuguezustande durch umfangreiche Zeugenerhebungen die nähere Symptomatologie zu erforschen streben, selbst bei etwaigem Nachweis eines epileptischen oder hysterischen Grundleidens, und darf keinesfalls eine behauptete Amnesie ohne weiteres akzeptieren. Ein echter Dämmerzustand wird niemals allein die ethischen Vorstellungen ausschalten und sonst die psychischen Fähigkeiten intakt lassen.

(Autoreferat.)

Diskussion: Herr *Kirchhoff*-Schleswig weist darauf hin, daß Fälle von Fahnenflucht beim Militär sich mehren, und hält es für wünschenswert, daß schon bei Einstellung der Rekruten nach dem Vorkommen ähnlicher Zustände geforscht wird.

Herr *Raecke*-Kiel glaubt, daß die Zunahme der zur Beobachtung auf ihren Geisteszustand aufgenommenen fahnenflüchtigen Soldaten darauf zurück-

ühren ist, daß man in militärärztlichen Kreisen heute auf das Vorkommen epileptischem Wandertrieb mehr achtet, ja teilweise seine Häufigkeit zu erschätzen geneigt ist.

6. Repkewitz-Schleswig: Über Beschäftigung von Anstaltspflegeligen.

Vortragender erörtert, weshalb mit dem Anwachsen der Krankenzahl der Schleswiger Anstalt die Zahl der beschäftigten Kranken verhältnismäßig allmählich abgenommen hat, und weist auf die besseren Ergebnisse mehreren kleineren kolonialen Anstalten bei Schleswig hin.

Als eine neuerdings empfohlene Beschäftigung für Anstaltspfleglinge wird dann die schwedische Handweberei besprochen, wobei Vortragender zum Schluß kommt, daß dieselbe im allgemeinen keinen Vorzug vor den übrigen Arbeiten hat und vom finanziellen Standpunkt wenig rentabel ist.

Eine besondere Bedeutung dürfte dem Weben nur zukommen als Beschäftigung für manche der gefährlichen und verbrecherischen Geisteskranken, weil es eine verhältnismäßig anregende Tätigkeit ist, keine bedenklicheren Werkzeuge erfordert und hinsichtlich der Überwachung größere Schwierigkeiten nicht macht.

(Autoreferat.)

Diskussion: Herr *Dabelstein*-Neustadt i. H. berichtet von guten Erfolgen der Weberei im sogenannten festen Hause für verbrecherische Irre daselbst.

7. Westhoff-Schleswig: Liegekur bei Geisteskranken.

Die Bedeutung der Liegekur besteht darin, daß sie zwei wichtige Heiltoren vereinigt: Ruhe und Aufenthalt im Freien. Die Erfolge der Liegekur sind durchweg sehr günstig, am meisten werden Appetit, Schlaf und Stimmung günstig beeinflusst. Sie kann bei allen akuten und subakuten Psychosen angewandt werden, die besten Erfolge sieht man bei Katatonikern. Die Technik ist eine sehr einfache: ruhige Kranke legen sich auf den Liegeuhl und werden zugedeckt, unruhige werden trocken eingepackt. Sehr unruhige Kranke sind in der Regel nicht geeignet. Die Liegekur wird im Sommer über den ganzen Tag ausgedehnt, kann aber mit Einschränkungen auch den ganzen Winter hindurch fortgesetzt werden.

(Autoreferat.)

(Der Vortrag erscheint ausführlich in der Psych.-neurol. Wochenschrift.)

Diskussion: Herr *Baecke*-Kiel weist darauf hin, daß in Frankfurt a. M. seit Jahren Gartenbetten zu Liegekuren im Freien für sieche Kranke sich sehr bewährt haben.

Herr *Cimbal*-Altona fragt nach methodischen Messungen des Blutdrucks und des Körpergewichts. Bei akuten Psychosen, besonders depressiven Charakters, trat wiederholt Verschlimmerung (Steigerung der Erregung) nach der Verlegung in den Garten ein. Dagegen habe er in einigen subakuten Fällen, in denen z. B. nach überstandenen Delirium Herzstätigkeit und Blutdruck

sehr daniedergelegen hatten, ungewöhnlich rasches Ansteigen des Blutdrucks und des Körpergewichts beobachtet.

Der Vortragende erwidert, daß er Blutdruckmessungen nicht gemacht habe. Dagegen stieg in den meisten Fällen das Gewicht, oft erheblich. Bedeutende Gewichtszunahme ist auch von anderer Seite, so von *Alter jun.* beobachtet worden.

Herr *Wattenberg-Lübeck*: Die erneute Empfehlung der Freiluftliegekur ist dankbar zu begrüßen. Es bestehen aber Bedenken gegen das Zusammennähen der Decken bei stärker erregten Kranken, da Gefahr vorliegt, daß die therapeutische Prozedur zu einer Zwangsmaßnahme wird. Die Behandlung mit Dauerbädern ist in solchen Fällen vorzuziehen. Redner fragt, ob auch feuchte Packungen bei der Liegekur angewendet seien.

Herr *Westhoff* erwidert im Schlußwort, daß nur trockene Packungen angewandt wurden. Sehr unruhige Kranke werden sicher am besten mit Dauerbädern behandelt. Manchmal aber ist es angenehm, wenn man auch bei unruhigen Kranken in der Liegekur (mit Festnähen der Packung) zeitweise eine günstig wirkende Abwechslung in der Behandlung eintreten lassen kann.

Nach der Sitzung fand eine Besichtigung der Provinzial-Irrenanstalt zu Schleswig statt. *Hinrichs-Schleswig.*

Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater,

Würzburg, 5. und 6. Juni 1906.

Sitzungsbericht vom 5. Juni 1906.

Die Versammlung wird im großen Hörsaal der psychiatrischen Klinik abgehalten.

Anwesend waren die Herren:

Alzheimer-München, Beckh-Nürnberg, Blachian-Werneck, Brandl-Egling, Buder-Weinsberg, Camerer-Stuttgart, Dees-Gabersee, Dreschfeld-München-Egling, Dreyfus-Heidelberg, Eisen-Kutzenberg, Ellmann-Karhaus-Regensburg, Feldkirchner-Karhaus-Regensburg, Fritz-Bayreuth, Glas-Landau i. d. Pfalz, Herfeldt-Ansbach, Jelliffe-New York, Karrer-Klingenmünster, Kirby-New York, Klüber-Erlangen, Knehr-Bayreuth, Koch-Zwiefalten, Korte-Egling, Kraepelin-München, Kraußold-Bayreuth, Kundt-Deggendorf, Marc-Würzburg, Meitzen-Weilmünster, Nennig-Egling, Nitsche-München, Oppermann-Erlangen, Paßow-Meiningen, Plaut-München, Prinzing-Kaufbeuren, Pütterich-Gabersee, A. Ranke-München, O. Ranke-Wiesloch, E. Rehm-München, O. Rehm-München, Reichardt-Würzburg, Rein-Ansbach, Reiß-München, Rühle-Schussenried, Sartorius-Frankfurt a. M., Schott-Weinsberg, Sichel-Frankfurt a. M., Sommer-

ßen. *Specht-Erlangen, Stöckle-Werneck, Stumpf-Würzburg, Urstein-Münch-Warschau, Vocke-Eglfing, Vogler-Deggendorf, Weygandt-Würzburg, Wiehlausenried* — im ganzen 54 Teilnehmer.

Vorsitz: *Vocke-Eglfing, Weygandt-Würzburg.*

Die Schriftführung übernehmen in Verhinderung beider Schriftführer *Wüll-Eglfing* und *O. Rehm-München.*

Vocke eröffnet um 8 $\frac{3}{4}$ Uhr die Sitzung, begrüßt die Versammlung, äußert, daß der Hausherr, Prof. *Rieger*, durch Krankheit an seinem Erscheinen verhindert ist, verliest dann noch ein Begrüßungs- und Entschuldigungsschreiben des stellvertretenden Vorsitzenden *Kaufmann-Werneck*, der die Folgen eines Unfalles am Erscheinen verhindert ist.

Die Zahl der Mitglieder des Vereins beträgt 90.

Im geschäftlichen Teil berichtet *Vocke* über die Bestrebungen des Vereins um Regelung der Gebühren für die Sachverständigen-Gutachten, sowie über die Bereitstellung von Mitteln zur Teilnahme von Anstaltsärzten an den Fortbildungskursen.

Mit der Gebührenangelegenheit haben sich sechs bayerische Ärztemännern auf Antrag des Vereins beschäftigt, fünf beschlossen im zustimmenden Sinne, eine Kammer hielt eine Änderung der erst vor kurzem erschienenen Gebührenordnung für verfrüht; leider hat sich auch der Obermedizinalrath im gleichen Sinne ausgesprochen, wenn auch Berücksichtigung eines Antrages bei einer späteren Änderung der Gebührenordnung in Aussicht gestellt worden ist. In der Bewilligung von Mitteln zur Fortbildung der Anstaltsärzte haben wir dagegen, dank dem Entgegenkommen des K. Staatsministeriums des Innern, einen vollen Erfolg zu verzeichnen. Auf die Angabe des deutschen Vereins für Psychiatrie hat das K. Staatsministerium sämtlichen Regierungen nahegelegt, die Gewährung entsprechender Mittel bei den Landräten zu befürworten, und es sind in allen Kreisen schon für das Jahr 1906 mehr oder minder hohe Beträge zur Fortbildung der Anstaltsärzte bewilligt worden.

Die Rechnungsablage ergibt:

Aktivbestand am 13. Juni 1905.....	305.20 M.
74 Beiträge à 2 M.	<u>148.00 „</u>
Summa der Aktiva	453.20 M.
Davon ab:	
Ausgaben im Jahr 1905/06	<u>80.88 „</u>
Restbestand....	372.32 M.

Die Rechnung wird durch die Versammlung genehmigt.

Vocke-Eglfing: Über die Lage des irrenärztlichen Standes.

Auf eine Anregung *Kraepelins* schlug die Vorstandschaft der vorjährigen Vereinsversammlung vor, sich bei der nächsten Tagung ein Referat über die Lage des irrenärztlichen Standes erstatten zu lassen und Sie haben sich damit beauftragt.

Das Thema ist in der Tat durch den immer schärfer sich fühlbar machenden Mangel an Bewerbern um vakante Assistenzarztstellen ein außerordentlich aktuelles geworden, und mehr als Vorträge und Aufsätze in unseren Kreisen und Blättern erweckt dieser Ärztemangel bei den beteiligten Behörden Aufmerksamkeit und Ansätze zur Abhilfe. Leider ist es mit wenigen Ausnahmen bisher nur bei Ansätzen, und zwar häufig in falscher Richtung geblieben, denn mit kleinen und kleinlichen Mitteln und teilweisen Gehaltserhöhungen, häufig nur in den Anfangsstellen, ist es nicht getan. Großzügige Reformen tun uns not; nur solche können die Lage der Irrenärzte verbessern, das Ansehen des Standes heben und ihm tüchtige junge Kräfte zuführen, deren wir dringend benötigen.

Dementsprechend fasse ich es nicht als meine Aufgabe auf, Ihnen mit einem ermüdenden Zahlenmaterial ein erschöpfendes Referat über die heutige materielle Lage der Irrenärzte zu geben, über die Mühsale und Gefahren, die Entbehrungen und Enttäuschungen in unserem Beruf Allzubekanntes zu wiederholen, sondern ich will in großen Zügen von dem sprechen, was uns not tut. Erwarten Sie nicht, daß ich hierbei viel Neues zutage fördere, denn *Kraepelin*, *Hoppe* und *Alt* haben in trefflichen Ausführungen unser Thema bereits in der einen oder anderen Richtung bearbeitet und beleuchtet, und Sie werden unschwer erkennen, wo ich ihnen folge. Um ziffermäßige Grundlagen über einige Punkte zu gewinnen, habe ich eine von allen Seiten in dankenswerter Weise beantwortete Umfrage veranstaltet, an welcher 34 öffentliche deutsche Anstalten mit 30 630 Kranken und 247 Ärzten beteiligt sind, und zwar 3 großstädtische Anstalten — Berlin, Hamburg, Leipzig — 15 preussische, 10 bayerische, 2 sächsische, 2 württembergische, 1 badische und 1 elsässische; eine zweite, engere Enquete bei den 10 bayerischen Kreisanstalten lieferte mir das Material über die Zahl und die Gesamtgehalts- und Pensionsbezüge der in den letzten 25 Jahren aktiv und pensioniert gewesenen Anstaltsärzte und die Ausgaben für Hinterbliebene von Anstaltsärzten.

Woche für Woche füllen die Ausschreibungen vakanter Assistenzarztstellen an Irrenanstalten oft ganze Spalten ärztlicher Zeitschriften, und Dutzende von Anstalten haben jahraus jahrein in ihrem Ärztestand Lücken, deren Ausfüllung ihnen trotz hoher Anfangsgehälter nicht gelingen will, obwohl als einzige Vorbedingung nur das Approbationsexamen gefordert wird. Diese Erscheinung ist älteren Datums als der Rückgang der Medizinstudierenden und als die Verbreitung der freien Arztwahl, die auch dem jungen Arzt den Wettbewerb in der Praxis erleichtert.

Die Gefahren unseres Berufes, die Abgelegenheit der Anstalten, das Mißtrauen des Publikums und die geringe Bewertung unseres Standes und unserer Tätigkeit waren früher noch allgemeiner und größer als heutzutage, und trotzdem hat es früher nicht an ersten Kräften gefehlt, die sich zur psychiatrischen Laufbahn drängten. Heute dagegen ist von einer Auswahl nur selten noch die Rede, ja manche Anstalt schätzt sich glücklich, wenn sie nur überhaupt auf vielfaches Ausschreiben einen Arzt bekommt.

Es liegt im Zug der Zeit, in den Ansprüchen der jungen Ärzte von und in der Verlängerung des medizinischen Studiums, daß der Bewerb assistenzarztstellen nicht mehr der allgemeine wie früher ist. Während der Arzt die Universität meist mit der Empfindung verließ, daß er die Praxis noch nicht reif sei, und es bedauerte, wenn er mangels einer Stellenstelle oder durch finanzielle Verhältnisse sogleich in die Praxis eintreten mußte, stehen wir heute vor einem Assistentenmangel an zahlreichen Krankeninstituten aller Spezialitäten und vor den Ansätzen zu einer Organisation, die den Spitälern und deren ärztlichen Leitern vorschreiben gegen welches Honorar, wie viele Stunden täglich, und gegen welche Verrechnung etwaiger Überstunden die jungen Ärzte sich in Zukunft für die Ausbildung zu lassen gedenken. Soweit ich die zahlreichen Notizen zur Frage in den „Ärztlichen Mitteilungen“ überblicke, stehen die Ärzte Irrenanstalten dieser Bewegung gänzlich ferne, die in ihrer Ausartung nur dem ärztlichen Ansehen schadet, sondern auch die Unlust für eine Assistenzarztstelle noch in weitere Kreise trägt. Leiden schon andere Anstalten darunter, um wie viel mehr die Irrenanstalten, denn neben den Schattenseiten des psychiatrischen Berufes sind hier die materiellen Verhältnisse unzureichend, das Avancement oft trostlos, immer unsicher, die Wartezeit unberechenbar, die wissenschaftliche Befriedigung gering, die Rückkehr in die allgemeine Praxis so gut wie unmöglich.

Der Anfangsgehalt des unter Umständen eben von der Universität kommenden Assistenzarztes beträgt zurzeit in allen öffentlichen Anstalten des Reichslands 15—1800 M. neben völlig freier Station I. Klasse, deren realen Gehalt ich mit 900 M. niedrig anschlage. Die Dienstalterszulagen sind sehr verschieden, in einzelnen Bezirken beträchtlich, so daß der ledige Assistenzarzt nach fünf Jahren z. B. auf ein Gesamteinkommen von 3300 M. inkl. Wohnbezug kommt. Hiermit hat er ein Einkommen für seine Person erreicht, es ihm persönlich später trotz Avancement zum Oberarzt und Direktor bei uns in Bayern wenigstens — nie mehr zur Verfügung steht, wenn er dann einen Hausstand gründet und für heranwachsende Kinder sorgen muß.

Ein tüchtiger junger Arzt wird sich nach fünfjähriger Praxis meist als 3300 M. verdienen, aber kaum eine staatliche Laufbahn bietet dem Assistenzarzt bei uns fünf Jahre nach der Universität ein solches Einkommen. In diese 3300 M. Einkommen bedeuten für den jungen Irrenarzt den wirklichen Höhepunkt seiner ganzen Laufbahn, wenn er nicht allein und ohne Unterbrechung durchs Leben gehen will.

Bei den niedrigen Anfangsgehältern der Oberärzte in Bayern, die sich eine Ausnahme von Oberbayern und Schwaben zwischen 2820 M. und 3360 M. gegen, bedeutet das Avancement zum Oberarzt, der einen eigenen Hausstand führen soll, meist schon eine finanzielle Einbuße, und die langsamen Dienstalterszulagen in Quinquennien — 3×360 M., dann 180 M. — bringen den Gehalt, selbst nach langer Zeit, nicht auf eine Höhe, daß man des Lebens froh und der Sorgen ledig werden könnte. Wie sehr die Verhältnisse in

Bayern von denen im übrigen Deutschen Reich abstehen. zeigt folgende Zusammenstellung:

Der Jahresgehalt eines Oberarztes beträgt nach 15 Dienstjahren:

in Oberfranken	3540 M.
„ der Oberpfalz	3900 „
„ Niederbayern und Unterfranken	4260 „
„ Mittelfranken und der Pfalz etwa	4500 „
„ Schwaben, Württemberg und Posen	4600—4800 „
„ Oberbayern und Schlesien, sowie für die II. Oberärzte in Westpreußen und Pommern	5000—5200 „
„ Ostpreußen, Rheinland, Hannover, Westfalen und I. Ober- ärzte in Westpreußen	5400—5600 „
„ Holstein, Hessen-Nassau, I. Oberärzte im Pommern. II. Oberärzte in Berlin und Brandenburg	5800—6000 „
„ Leipzig, Königreich Sachsen, Provinz Sachsen und I. Ober- ärzte in Brandenburg	6400—6700 „
endlich in Berlin für I. Oberärzte	7000 „
in Hamburg	9000 „

Diese namhaft höheren Gehälter werden anderen Ortes als Maximalgehälter dazu schon nach zwölf Dienstjahren erreicht, so in Hamburg, Brandenburg, Rheinland, Ostpreußen, Westfalen und Sachsen.

Fast noch größer sind die Kontraste zwischen den Gehältern der Direktoren in Bayern und anderswo.

Während nahezu in allen deutschen Landen in den letzten Jahren eine wesentliche Verbesserung der Gehälter vorgenommen wurde, steht Bayern bezüglich der Direktor- und Oberärztegehälter mit Ausnahme von Oberbayern noch auf dem Boden vom Jahre 1876.

Der Anstaltsdirektor in Niederbayern beginnt mit 4080 M., während der Anfangsgehalt der Oberärzte in sechs preußischen Provinzen und Oberbayern schon 4000—4200 M. beträgt; die meisten bayerischen Direktoren erhalten 4920 M. Anfangsgehalt und steigen in den bekannten Quinquennialzulagen dreimal um 360. dann um 180 M. Nirgends im Deutschen Reiche sind die Anfangsgehälter so niedrig und die Dienstalterszulagen so selten und spärlich wie in Bayern. In zahlreichen Provinzen steigen die Direktoren bei einem Anfangsgehalt von 5400—6000 M. alle drei Jahre um 600 M. bis auf 8400 und 9000 M. Maximaleinkommen. in der Rheinprovinz sogar zweijährig um 500 M. von 5000—9000 M., und sogar im kleinen Württemberg dreijährig um 300 M. von 5400 auf 7000 M. Im Königreich Sachsen, das in mancher Richtung bezüglich seines Irrenwesens an der Spitze steht und daher einen Ärztemangel in seinen Anstalten nicht kennt, ist das Durchschnittseinkommen der Direktoren jetzt sogar auf 8400 M. gebracht worden.

Die in den letzten 25 Jahren aus dem Dienst geschiedenen Direktoren bayerischer Anstalten hatten bei ihrem Abgange eine durchschnittliche Dienstzeit von 21 Jahren als Direktor. Legt man diese Tatsache zugrunde, so

gt nach den jetzigen Gehaltsnormen das durchschnittliche Jahreseinkommen eines Anstaltsdirektors während seiner 21jährigen Dienstzeit als er

in Niederbayern	4654 M.
„ fünf Kreisen Bayerns	5494 „
„ Württemberg	6286 „
„ Westfalen	6714 „
„ den meisten preuß. Anstalten	7000—72000 „
„ Brandenburg	7543 „
im Königreich Sachsen	8400 „

Berlin mit 10 000, Hamburg mit 11 000 und Leipzig mit 12 000 M. Jahreslohn wollen wir ganz absehen.

Welche Summen diese Differenzen in 21 Jahren ausmachen, zeigen folgende Zahlen:

Der Gesamtgehaltsbezug eines Direktors während 21 Dienstjahren	
igt in Niederbayern	97 740 M.
„ fünf Kreisen Bayerns	115 380 „
„ Württemberg	132 000 „
„ den meisten preuß. Anstalten	149 000 „
„ der Rheinprovinz	153 000 „
„ Brandenburg	158 400 „
„ Sachsen	176 400 „
„ Hamburg gar	231 000 „

Zur Verteidigung der bayerischen Gehaltsregulative hört man im allgemeinen folgendes anführen: Ja, die Beamtengehälter sind in Bayern überhaupt niedriger, dagegen sind die Pensionen höher; das Leben ist in Bayern ger: man muß die Gehälter der Anstaltsärzte in eine Relation zu den ältern der juristischen Verwaltungsbeamten bringen.

Meine Herren! Daß die Beamtengehälter der Anstaltsärzte in Bayern geringer sind, wissen wir, und Sie haben das eben bezüglich unserer Karriere kommen. Ebenso zutreffend ist, daß die Pensionen hier höher als in außen sind, allein es scheint mir doch interessant, diesen Verhältnissen mal zahlenmäßig nachzugehen, und darum habe ich speziell in dieser Abhandlung eine Erhebung von sämtlichen bayerischen Anstalten bezüglich der den letzten 25 Jahren für Ärzte ausgezahlten Gehälter und Pensionen veranfaßt.

Für Direktoren, Oberärzte und Ärzte wurden in diesem Zeitraum ausbezahlt

an Gehältern	2 966 612,94 M.
an Nebenbezügen unter Zugrundelegung gleicher	
Anschläge	652 700,00 „

Summa... 3 619 312,94 M.

für Pensionen an Ärzte und deren Hinter-

bliebene

sind 9 % der Bargehälter und $7\frac{1}{4}$ % der Gesamtausgaben an aktive Ärzte.

Die Gehälter der preußischen Irrenärzte sind nun um etwa 30 % höher als die der bayerischen, ihre Pensionen nach 35 Dienstjahren um 23 % niedriger.

Bayern hätte demnach in diesen 25 Jahren an die Ärzte um 890 000 M. weniger an Gehältern, dagegen um 49 000 M. mehr an Pensionen ausbezahlt als Preußen nach seinen Gehalts- und Pensionsnormen.

Allein tatsächlich sind die Verhältnisse noch viel ungünstiger als diese oberflächliche Berechnung zeigt.

In den Jahren 1881—1905 beträgt an den neun in Frage kommenden Anstalten die Zahl der Direktor-Dienstjahre 222²/₁₂, das durchschnittliche Jahresgehalt 5494 M.; es sind also an Direktoren rund 1 219 500 M. an Bargehältern ausbezahlt worden. Die um 30 % höheren Gehälter in Preußen hätten um 365 850 M. mehr betragen.

Während desselben Zeitraumes haben sechs pensionierte Direktoren in Bayern mit einer durchschnittlichen Direktor-Dienstzeit von 21 Jahren und einer durchschnittlichen Gesamtdienstzeit von 35 Jahren insgesamt nur 14 Jahre und 11 Monate lang Pension genossen im Gesamtbetrag von 67 852 M. 32 Pf. In Preußen hätten diese Direktoren ein um 30 % höheres Aktivitätsgehalt, dagegen statt ⁹/₁₀ nur ⁴⁰/₆₀ ihres Gehaltes als Pension bekommen; die Pensionssumme betrüge dann 65 490 M., d. h. nur 2360 M. weniger, wogegen Bayern im Vergleich zu Preußen um über 365 000 M. weniger Gehalt bezahlt hat.

Diese Rechnung ist durchaus einwandfrei, denn die Reliktenpensionen für unser Beispiel sind in Preußen höher als in Bayern und müssen daher außer Betracht bleiben; so erhielt eine Direktorswitwe in Preußen nach 35jähriger Dienstzeit ihres Mannes 26,4 Gehaltsprozente, in Bayern nur 20 %.

Von den Pensionssummen, die alle bayerischen Anstalten in den letzten 25 Jahren ausbezahlt haben, entfallen:

auf Direktoren.....	26 %
„ Oberärzte	6 %
„ Assistenzärzte.....	0,6 %
dagegen auf Hinterbliebene .	67,4 %.

Was den zweiten Einwand betrifft, daß es in Bayern billiger sei als anderswo, so existiert diese Behauptung doch nur bei Personen, die die Verhältnisse anderswo nicht kennen. Bei den zahlreichen Besuchen auswärtiger Kollegen, deren ich mich in den Anstalten München und Eglfing zu erfreuen hatte und habe, habe ich mit Vorliebe nach dem Preise auswärtiger Lebensbedürfnisse geforscht und immer nur ersehen, daß anderswo alles billiger ist als bei uns zu Lande. Vom Bierpreis wollen wir doch absehen. Und Repräsentationsunkosten hat ein Direktor in Bayern auch, namentlich an vielbesuchten Anstalten.

Der Vergleich der Gehälter der Anstaltsärzte mit juristischen Beamten ist allerdings seitens letzterer naheliegend und führt zu mißgünstigen Erwägungen, da nur zu gerne Zahlen an Geld und Dienstzeit verglichen werden.

aufreibende, ruhelose, verantwortungsvolle, an Ärger und Aufregung reiche Tätigkeit des Direktors, die Gefährlichkeit des Berufes, die hohen Kosten der Kindererziehung bei der exponierten Lage vieler Anstalten, der Mangel an weiterem Avancement, die rasche Abnützung, die kürzere Lebensdauer, die größere Notwendigkeit eines anregenden Urlaubs, bleibt natürlich bei der Betrachtung. Ich möchte Ihnen hierbei die Worte eines früheren, durch seinen Fleiß und bewundernswerte Arbeitskraft ausgezeichneten Anstaltsdirektors nicht vorenthalten, der aus dem Anstaltsdienst in die Verwaltung trat, um ein hohes und arbeitsreiches Amt zu übernehmen, und dessen Worten gegen die frühere ruhelose Direktorzeit mit den Worten verglich: „Ich meine immer, ich bin in Urlaub, so ruhig und stetig kann ich fortarbeiten.“

Als Kuriosum muß ich bei den Gehaltsverhältnissen noch erwähnen, daß der Abstand zwischen den Gehältern der Direktoren einerseits und denen der Ärzte und Verwalter andererseits zuweilen ein durchaus unangemessener ist. So bezieht in einer bayerischen Anstalt der Direktor mit 29 Dienstjahren nur 600 M. mehr als sein um vier Jahre dienstjüngerer Oberarzt und um 400 M. weniger als der zehn Dienstjahre ältere Anstaltsverwalter! Es sind unhaltbare Mißstände, die nur durch Erhöhung des Direktorgehaltes beseitigt werden können.

Neben diesen wenig erfreulichen Gehaltsverhältnissen muß jeden Denker die Unsicherheit des Avancements abschrecken, das sich mit der Vergrößerung der Anstalten zusehends verschlechtert hat.

1881 hatte Bayern z. B. in acht Anstalten

8 Direktoren,

7 Oberärzte,

15 Assistenzärzte,

es ist auf jeden Assistenzarzt eine Vorrückungsstelle;

1906 dagegen in zehn Anstalten

10 Direktoren,

14 Oberärzte,

40 Assistenzärzte,

und damit auf 1,67 Ärzte nur mehr eine Vorrückungsstelle.

Die Vorrückungsmöglichkeit hat sich demnach um 67 % gegen früher verschlechtert, die Aussicht, Direktor zu werden, sogar um 96 %, denn früher auf 2,75 Ärzte eine Direktorstelle, jetzt erst auf 5,4 Ärzte.

Der Personalstatus in den öffentlichen Irrenanstalten hat sich überhaupt in den letzten 25 Jahren sehr zu Ungunsten der Karriere verändert.

Die Zahl

der Kranken hat sich seitdem um 138 %,

der Aufnahmen um 143 %,

der Ärzte um 113 %,

die Summe der ärztlichen Gehälter nur um 50 %

erhöht.

Die Vermehrung in den Arztstellen beträgt

167 % bei den Assistenzärzten,

100 % bei den Oberärzten,

und nur 25 % bei den Direktoren.

1881 wurden für einen Kranken jährlich 27 M. 41 Pf. an Ausgaben für Ärztegehälter aufgewendet; 1905 nur mehr 17 M. 14 Pf., das sind um 38 % weniger, trotz der bedeutend höheren Anforderungen an die ärztliche Behandlung und Verantwortung.

Der tüchtigste Arzt kann im günstigsten Falle zweimal avancieren, dann ist seine Karriere abgeschlossen. Wann er avanciert, hängt von der Laune des Zufalles ab, und bei manchen Avancements büßt er sogar an Gehalt ein.

Jeder Kreis hat ein anderes Gehaltsregulativ, und die Unterschiede sind so beträchtlich, daß der Arzt in den besser zahlenden Kreisen sich gar nicht um eine höhere Stelle in einem anderen Kreise bewerben kann, da er dort an Gehalt verlieren würde. Hierdurch wird nicht selten gerade den tüchtigsten Elementen der Weg nach vorwärts versperrt und die Karriere verleidet.

Wer die Verhältnisse in den elf preußischen Provinzen durchmustert, wird finden, daß sich zwar Sachsen, Brandenburg und Rheinland in der Besoldung ihrer Ärzte besonders hervortun, daß in den übrigen Provinzen aber ziemlich gleichartige Verhältnisse bestehen. Zur Verbesserung des Avancements hat man dort teilweise zwischen den Assistenzärzten und Oberärzten die Stelle von Anstaltsärzten eingeschaltet, die zum Teil schon nach dreijähriger Dienstzeit erlangt wird und dem Inhaber ein Einkommen von 3000—4800 M. (Westfalen), 3600—4800 M. (Brandenburg), 3300—5300 M. (Sachsen) bringt; in anderen Anstalten erfolgt nach relativ kurzer Dienstzeit, z. B. in Pommern nach fünf Jahren, die Beförderung zum Oberarzt. Hierdurch ergeben sich in Preußen schon auf 0,7 Assistenzärzte eine Vorrückungsstelle, in Bayern dagegen erst auf 1,66.

Ich möchte gleich an dieser Stelle die Leitsätze aufstellen, die mir gegenüber den heutigen Gehalts- und Avancementsverhältnissen am Platze erscheinen:

1. Die gegenwärtigen Gehälter der jungen Assistenzärzte sind ausreichend. Eine weitere Erhöhung der Anfangsgehälter wird nur untüchtige, nie aber tüchtige und weitsehende Elemente anlocken, angesichts der ungünstigen und unsicheren Avancementsverhältnisse und der geradezu unzureichenden Gehaltsmehrungen in den höheren Stellen.

2. Zur Verbesserung des Avancements empfiehlt sich die Schaffung einer Zwischenstufe zwischen Assistenz- und Oberärzten in der Gestalt von Anstaltsärzten. Deren Stellung sollte nach drei bis fünf Jahren, mit pragmatischen Rechten und der Möglichkeit, einen eigenen Haushalt führen zu können, erreicht werden und mit einem Anfangsgehalt von nicht unter 3360 M. verbunden sein.

3. Das Anfangseinkommen eines Oberarztes sollte nicht unter 4080 M. tragen: die Zahl der Oberarztstellen bedarf der Vermehrung. In Bayern kommen auf eine Anstalt nur 1,4 Oberärzte, auf einen Oberarzt 536 Kranke, Preußen dagegen auf eine Anstalt 2,5 Oberärzte und ein Oberarzt nur auf 360 Kranke.

4. Das Anfangsgehalt des Anstaltsdirektors muß mindestens um 2100 M. über sein als jenes der Oberärzte, wenn ein Verhältnis zwischen Pflichten und Einkommen bestehen soll, und wenn einigermaßen angemessene Gehaltsverhältnisse geschaffen werden wollen.

5. Die Verschiedenartigkeit der Gehaltsregulative in den einzelnen Kreisen Bayerns ist ein schwerer Mißstand, der auf den einsichtigen jungen Arzt geradezu abschreckend von der psychiatrischen Karriere wirken muß, er ein verurteilenswertes Zufallsavancement in den kleineren Kreisen schafft, es allgemeine Avancement aber geradezu lähmt und den tüchtigsten Elementen oft den Weg nach vorwärts sperrt.

6. Die günstigeren Pensionsverhältnisse in Bayern können auf Grund der vorliegenden statistischen Erhebungen nicht als Motiv für die Niedrighaltung der Aktivitätsgehälter angeführt werden.

Meine Herren! Die materielle Stellung eines Standes ist seine Basis, und darum mußte ich mich angesichts der ungünstigen Verhältnisse in Bayern länger mit diesen Kapiteln beschäftigen, als manchem meiner geneigten Zuhörer lieb gewesen sein mag. Allein das Gehalt ist der Güter Höchstes nicht, und so sehr man den Niedergang an Idealen auch im ärztlichen Stande beklagen mag, so sind diejenigen Ärzte doch sehr zahlreich, die aus anderen Erwägungen trotz Neigung zur Psychiatrie von ihr abgehalten werden.

Eine Änderung ist meines Erachtens nur zu erzielen, wenn folgende Reformen allseitig durchgeführt werden:

Den Bewerbern um eine Assistenzarztstelle muß die bisherige Dienstzeit an einer psychiatrischen Klinik, an einer Irrenanstalt und überhaupt an einer angesehenen Krankenanstalt angerechnet werden. Die Trennung zwischen klinischer und Anstaltspsychiatrie hat der letzteren zum großen Schaden gereicht und einer namhaften Zahl tüchtig vorgebildeter, wissenschaftlich strebsamer Ärzte den Übertritt in die Anstaltskarriere unmöglich gemacht. Ein in der internen Medizin, der Chirurgie oder Augenheilkunde usw. speziell ausgebildeter Assistenzarzt ist für eine Anstalt von größtem Werte und direkt und indirekt nützlicher, als ein eben vom Examen, ja sogar aus einer anderen Irrenanstalt kommender Arzt, denn dieser bringt selten Neues mit, während jener durch sein Wissen und Können in einem anderen Spezialgebiet unserer Wissenschaft bei Erkrankungen oft unschätzbare Dienste leistet und auch den älteren Ärzten Neues mitteilen kann. Welch ein Gewinn, wenn z. B. jede Anstalt einen internistisch, einen chirurgisch, einen pathologisch-anatomisch und einen sonstwie spezialistisch vorgebildeten Arzt ihr eigen nennen würde, dazu noch einen oder mehrere

Ärzte, die aus einer modernen psychiatrischen Klinik in die Anstalt übertreten sind.

Meine Herren, das wäre ein idealer Zustand für die Kranken, für die Ärzte und deren Zusammenarbeiten, und er wäre nahezu, wenn nicht ganz, zu erreichen, und zwar keineswegs durch unerschwingliche Mittel.

Nach einer für das ganze Staatsgebiet Bayerns gleich normierten Anzahl von Dienstjahren müßten die Anstaltsärzte pragmatische Stellung mit Pensionsberechtigung und der Möglichkeit eigener Haushaltführung erlangen. Die Erfüllung dieser Forderung ist unbedingt notwendig, denn jetzt weiß keiner: „Wann kann ich eine feste Anstellung mit der Aussicht auf auskömmliche Versorgung im Invaliditätsfalle erlangen? Wann erlange ich ein Gehalt oder wann eine Wohnung, um heiraten zu können?“

Wenn man bedenkt, daß in den letzten 25 Jahren nur 1800 M. für Assistenzarztpensionen und 7700 M. für eine einzige Assistenzarztwitwe in ganz Bayern ausgegeben wurden und nicht einmal 27 000 M. für dienstunfähige Oberärzte und Oberarzt-Relikten, dann ist ein Zögern gegenüber der Pragmatisierung von Anstaltsärzten nicht am Platz. Ebenso wenig wird jemand bestreiten wollen und können, daß gerade der Irrenarzt des häuslichen Herdes nicht entbehren sollte, daß gerade in seinem Berufe der Junggeselle einer zersetzenden Vereinsamung und schiefen Urteilen anheimzufallen Gefahr läuft.

Die Gewährung von freien Nachmittagen und ganz dienstfreien Tagen muß den Ärzten den Konnex mit der Gesellschaft, Erholung in der Natur, Literatur oder Kunst, oder ungestörte Zeit zum Selbststudium ermöglichen. Wer bummeln will, der tut dies die ganze Woche jahraus jahrein mit und ohne dienstfreie Tage, wer aber arbeiten will und arbeitet, der sammelt neue Spannkraft, wenn er in 14 Tagen auch nur einmal auf 24 Stunden dem Dienste entrückt ist und sich ungestört der Erholung oder stiller Arbeit hingeben kann.

Jährliche Urlaube werden wohl überall in angemessener Dauer bewilligt, allein nachahmenswert ist das Beispiel jener deutschen Anstalten, die in größeren Zeiträumen den Direktoren oder Oberärzten mehrmonatige Urlaube zu größeren Reisen oder Studienzwecken bewilligen.

Ins Kapitel der äußeren Reformen gehört außerdem die Bereitstellung behaglicher Wohnungen nicht nur für die verheirateten, sondern auch für die ledigen Ärzte, die Schaffung von gemeinsamen, entsprechend ausgestatteten Erholungsräumen.

Endlich ein Punkt, den *Alt* in seinem prächtigen Artikel „*Videant consules*“ kürzlich angeschnitten hat, die Titelverleihung. Man kann denken darüber wie man will, allein das Ansehen des Standes wird dadurch gehoben, und ich sehe keinen Grund ein, warum man einen alten und tüchtigen Oberarzt, deren es infolge der Avancementsverschlechterung mit der Zeit mehrere geben wird, nicht mit einem Titel auszeichnen könnte, wenn man will.

Liegen die bisher skizzierten Reformen lediglich im Machtgebiet der vorgesetzten Behörden und Kreisvertretungen, so komme ich zu jenen nicht minder wichtigen inneren Reformen, bei welchen die Anstaltsleiter in erster Linie mitwirken müssen, ich meine die Aus- und Fortbildung der Anstaltsärzte.

Meine Herren! Niemand bedarf der wissenschaftlichen Fortbildung mehr als der Naturwissenschaftler und sonach auch der Arzt, und kein Arzt bedarf wissenschaftlicher Arbeit mehr, möchte ich sagen, als der Irrenarzt in einer Anstalt. Nur sie schafft neben der Eintönigkeit des täglichen Dienstes wahre Befriedigung und schützt vor geistiger Verarmung. Sie muß nicht immer auf psychiatrischem Gebiete liegen, allein naturgemäß kann sie meist nur hier wurzeln, und der Anstaltsleiter ist berufen und verantwortlich für die praktische Ausbildung, die wissenschaftliche Anregung und Fortbildung seiner Ärzte. Daraus folgt erstens, daß nur jenem die Leitung einer Anstalt anvertraut werden soll, der diesen Aufgaben nach Wollen, Wissen und Können nachkommen kann, und zweitens, daß dem Anstaltsleiter die Zeit zur Verfügung stehen muß, dies zu betätigen. Wie es damit in Wirklichkeit bestellt ist, hat *Hoppe* in seinem Buche trefflich geschildert. Die meisten Direktoren stecken tagtäglich in kleinen und kleinlichsten Verwaltungsgeschäften, Korrespondenzen, mündlichen Auskünften und anderen Dingen, von denen sie durch Oberärzte mit größerer Selbständigkeit, die keine Abteilung führen müssen, und durch Verwaltungsbeamte entlastet werden könnten. Von freier Zeit ist so gut wie keine Rede, kaum daß man in den späten Abendstunden die Literatur durchfliegen oder selbst für sich etwas arbeiten kann, wenn nicht gerichtliche Gutachten oder große Berichte auch diese, eigentlich der Ärzte gehörige Zeit beanspruchen.

Ende 1880 trafen auf einen Anstaltsdirektor in Bayern 394 Anstaltsbefugte und 129 Neuaufnahmen, jährlich also 523 Kranke, Ende 1905 dagegen 750 Pfleglinge, 249 Aufnahmen, in Summa 999 Kranke jährlich; der durchschnittliche Krankenstand hat also um 90%, die Zahl der Aufnahmen um 92% und die jährliche Krankenzahl um 91% zugenommen, und zwar für den Direktor.

Die Entlastung der Direktoren ist demnach die zweite unabsehbare Forderung, wenn das wissenschaftliche Niveau der Anstaltsärzte gehoben und der Zugang wissenschaftlich strebsamer Elemente herbeigeführt werden will. Nur entsprechende Person des Anstaltsleiters gehört dann das nötige wissenschaftliche Handwerkszeug in entsprechenden Räumen: die wissenschaftliche Bibliothek, Laboratorien, Instrumente und Apparate. Gerade hierin kann mit relativ geringen Anschaffungskosten und wirtschaftlich verwendeten laufenden Mitteln viel geleistet werden. Ist Anregung, Anleitung und Gelegenheit da, kann wird mancher junge Arzt zum wissenschaftlichen Arbeiten zu gewinnen sein, namentlich wenn auch ihm Stunden des normalen Arbeitstages hierzu bewilligt werden. Auch hierin fehlt es fast überall. Die fortwährenden Vertretungen dienstfreier, beurlaubter oder erkrankter Kollegen und vakanter Arztstellen, zahlreiche Aufnahmen, gerichtliche Begutachtungen lassen den

arbeitsfreudigsten Arzt oft tage- und wochenlang zu keiner anderen Arbeit kommen; auch er bedarf der knappen dienstfreien Stunden zu seiner Erholung, und stundenlanges Stillsitzen, wie es histologische Arbeiten oft erfordern, wird ihm zur Unmöglichkeit, denn bald kommt diese, bald kommt jene Störung, bald mahnt die Zeit der Visite zum vorzeitigen Abbruch. Unter diesen Erschwernissen geht bald die Lust und damit im Laufe der Zeit allmählich die Fähigkeit zur wissenschaftlichen Betätigung verloren.

Die Zahl der Anstaltsärzte sollte deshalb so bemessen sein, daß wenigstens jede größere Anstalt neben den zur Dienstverledigung eben ausreichenden Stellen einen überzähligen Arzt zur Verfügung hat. Dann wird den Anstaltsärzten nicht nur ein wissenschaftliches Arbeiten neben ihren Dienstaufgaben und der Austausch ihrer Arbeitsresultate in wissenschaftlichen Abenden möglich sein, sondern dann ist auch eine wirkliche Fortbildung der Anstaltsärzte durchführbar.

Diese Fortbildung denke ich mir keineswegs nur in Kursen, wenn ich es auch außerordentlich begrüße, daß Fortbildungskurse für Anstaltsärzte durch den Deutschen Verein für Psychiatrie nunmehr ins Leben gerufen wurden und das Kgl. bayerische Staatsministerium des Innern in voller Würdigung ihrer Bedeutung bei den einzelnen Kreisen die Bewilligung entsprechender etatsmäßiger Mittel angeregt hat.

Drei Wege müssen zu einer systematischen Fortbildung der Anstaltsärzte eröffnet werden.

Für die älteren Anstaltsärzte mögen Kurse zur Auffrischung früherer und Gewinnung neuerer Kenntnisse nutzbringend sein, die jüngeren Ärzte sollen alle Gelegenheit erhalten, den klinischen und wissenschaftlichen Betrieb in einer psychiatrischen Klinik durch eine dreimonatige Kommandierung zur Klinik kennen zu lernen; nicht minder dringlich ist die Fortbildung der Anstaltsärzte in den anderen medizinischen Gebieten in der Art, daß je nach der früheren Ausbildung, nach Neigung und Geschick, von Zeit zu Zeit ein Anstaltsarzt auf zwei bis drei Monate in einem klinischen, hygienischen oder pathologischen Institut sich gründlich weiterbilden kann. Sehr begrüßens- und nachahmenswert ist die Einrichtung, daß in der von *Kraepelin* vorgeschlagenen, nun in München durchgeführten Weise zeitweilig ein Assistentenaustausch auf die Dauer von drei Monaten zwischen Klinik und Anstalt stattfindet.

Diese Einrichtung, die dem Staate keinerlei Kosten auferlegt, wird reiche Früchte tragen und verdient allseitige Nachahmung. Für die andere wissenschaftliche Fortbildung müssen die Kreise die Kosten aufbringen, sie werden großen Nutzen bringen, nicht nur für unseren Stand, sondern für die Anstalten und deren Schutzbefohlene.

Bei derartigen Institutionen wird von selbst ein innigerer Konnex zwischen den Anstalten und den Kliniken sich anbahnen, und erstere werden von letzteren wissenschaftliche Bereicherung, Anregung zu gemeinschaftlicher Arbeit und Forschung empfangen und außerdem einen vorteilhaften persön-

ten Verkehr gewinnen. So zählen die wissenschaftlichen Abende in der psychiatrischen Klinik zu München, denen wir Eglfinger auf *Kraepelins* Einladung regelmäßig beiwohnen dürfen, zu unsern schönsten und genußreichsten Stunden.

Meine Herren! ich komme zum Schlusse. Meine Ausführungen erheben einen Anspruch auf Vollständigkeit, ich glaube jedoch das Wesentlichste gesagt zu haben, was zur Hebung unseres Standes und unseres Wirkens geschehen muß, wenn wir um tüchtige, strebsame junge Kräfte in Zukunft erfolgreich werben wollen. Alte Institutionen, Mangel an Geld werden die Reformen hemmen, ohne die meines Erachtens eine Hilfe nicht kommt, allein da und dort wird ein Kreis, eine Provinz, ein Staat die Führung in die Hand nehmen und verwirklichen, was die Notwendigkeit erheischt. Sehen wir nur auf die schon vorliegenden Beispiele in Königreich und Provinz Sachsen, in Pommern, Brandenburg, Oberbayern u. a.

Mein Referat in Ihrem Auftrag soll hier zunächst einen mündlichen Meinungsaustausch hervorrufen, Anhaltspunkte für künftige Etatsaufstellungen liefern und wenn der Verein dies beschließen sollte, bei den einschlägigen Behörden die Anregung zu einer Änderung der jetzt bestehenden Verhältnisse geben.¹⁾

Diskussion: *Alzheimer-München* hält etwas radikalere Änderungen an Platze als die von Herrn *Vocke* vorgeschlagenen. Ein tüchtiger Arzt werde nur dann in seiner Tätigkeit eine Befriedigung finden können, wenn ihm eine gewisse Selbständigkeit und Verantwortlichkeit bei seiner Tätigkeit falle, sobald er einmal die eigentlichen Lehrjahre hinter sich habe. Auch die zunehmende Größe der Anstalten und die außerordentliche Überlastung ihrer Leiter lasse es wünschenswert erscheinen, daß man nicht mehr an der jetzigen Form des Direktorialsystems festhalte. Die Zahl der Oberärzte müsse vermehrt, die Selbständigkeit derselben erhöht, die Stelle eines Oberarztes nach den verschiedenen Seiten so gehoben werden, daß sie als ein erstrebenswertes Ende der psychiatrischen Laufbahn und nicht eine Direktorstelle als das allein befriedigende gelten könne. Der Lehrkörper eines Gymnasiums könne als Vorbild dienen. Der Direktor sei nur der Vorstand der Verwaltung, der Repräsentant der Anstalt.

Ein weiteres Mittel, die Lage der Irrenärzte zu heben, sehe er darin, künftig einem Neubau einer Irrenanstalt ganz abseits von dem Verkehr zu widerstreben. Ein Irrenarzt bedürfe des Verkehrs mit anderen und normalen Menschen mehr noch als ein anderer, und in den völlig abseits gelegenen Anstalten entwickeln sich viel leichter Verhältnisse, die den Aufenthalt unangenehm machen.

¹⁾ Der Vortrag stützte sich auf Tabellen, die unter den „Kleineren Mitteilungen“ am Schlusse dieses Heftes veröffentlicht werden.

Weiter sei eine Anregung zu wissenschaftlicher Arbeit von höchster Wichtigkeit. Sie bringe über die Eintönigkeit des Anstaltsdienstes am ehesten hinweg. Den Anstalten mit wissenschaftlichem Leben mangle es nicht an Assistenten. Es zeige sich nun die ganz auffällige Tatsache, daß die Irrenanstalten vielfach über den Mangel an Ärzten bittere Klagen führen, oder erklären, daß sie jeden nehmen müßten, den sie finden, während an allen psychiatrischen Kliniken und Stadtasylen eifrige, gut vorgebildete Assistenten sind, die Sorgen um ihr Fortkommen haben. Es müßte sich doch erreichen lassen, diesen eine befriedigende Tätigkeit und ein Fortkommen in den Irrenanstalten zu schaffen. Damit würde dann von selbst das wissenschaftliche Interesse und die nötige Vorbildung wieder in die Anstalten kommen, wie das von Herrn Vocke für wünschenswert erklärt worden ist.

Kraepelin betont zunächst die Notwendigkeit der Schaffung weiterer selbständiger Arztstellen. Dazu würde einmal das Verlassen des Prinzipes der übergroßen Anstalten führen, dessen wirtschaftliche Vorteile sehr überschätzt, dessen große Nachteile wesentlich unterschätzt werden. Sodann aber dürfte sich eine mehr kollegiale Verfassung der Anstaltsleitung empfehlen, entsprechend den Verhältnissen in unseren großen Krankenhäusern, in denen der Direktor nur primus inter pares und nicht mit kleinlicher Arbeit überlastet ist. Damit würde dann auch die übermäßige Betonung des Dienstalters fortfallen können, da dem Nichterreichen der Direktorstellen das Odium genommen wäre. Weiterhin ist die Wiederbelebung des wissenschaftlichen Geistes in den Anstalten nötig, die für die Kliniken nicht weniger Bedeutung hat, wie für die Anstalten selbst. Fortbildungskurse, Stipendien für wissenschaftliche Zwecke, Assistententausch, Anstellung von überzähligen Ärzten sind in dieser Richtung anzustreben.

Karrer-Klingenmünster spricht dem Vortragenden den besonderen Dank aus für sein ungemein belehrendes und eingehendes Referat, das uns die tatsächlichen Verhältnisse einmal klar vor die Augen geführt habe. Sodann wendet er sich zu der wirtschaftlichen Frage und begrüßt das Referat als die richtige Unterlage für die Anträge zur Besserstellung der Gehälter nicht bloß der jüngsten Stellen, sondern insbesondere der oberen Arztstellen. Er spricht seine Zustimmung zu den Ausführungen des Referenten aus und regt die Veröffentlichung des Referates an, damit auf Grund desselben von den Direktoren der Kreisirrenanstalten bei den Kgl. Regierungen und dem zuständigen Landrate die nötigen Anträge gestellt werden können. Denn nur durch ein einiges Vorgehen könne bei den verschiedenen Verhältnissen der einzelnen Regierungskreise eine erfolgreiche Wirkung erzielt werden. Es müsse dahin gestrebt werden, daß die Gehaltsverhältnisse an den einzelnen bayerischen Anstalten die gleichen werden. Die Verbesserung der Ärzteverhältnisse auch in anderer Hinsicht, z. B. auch in wissenschaftlicher Hinsicht, sei eine Geldfrage, so z. B. die Anstellung eines überzähligen Arztes, um den Ärzten nötige Zeit zu wissenschaftlicher Arbeit zu geben, oder die Ermöglichung von Besuchen von Fortbildungskursen oder Kliniken usw. —

h in dieser Hinsicht ist es von der größten Wichtigkeit, wenn die entscheidenden Behörden nicht nur die persönlichen Ansichten eines einzigen sich zu haben glauben, denen mehr oder weniger Beachtung geschenkt werden kann, sondern wenn ihnen die Überzeugung einer größeren Gemeinnützigkeit gegenübertritt.

Zu der von *Alzheimer* und *Kraepelin* besprochenen Frage der Stellung Oberärzte bemerkt Redner, daß wohl jeder Direktor persönlich möglichst an Selbständigkeit überlassen werde, daß aber zu beachten sei, daß der Direktor jegliche Verantwortung zu tragen habe und darum die Sache nicht eine Schwierigkeit sei. Er selbst sei auch für die Selbständigkeit der Oberärzte, halte es aber für nötig, daß dies satzungsgemäß festgesetzt werde. *Kraepelin* gegenüber nimmt Redner die Tätigkeit der Anstaltsärzte an öffentlichen Kranken in Schutz, sie sei doch nicht so geringfügig, wie er sie darstellte. Er begrüßt mit Freuden die Bereitwilligkeit *Kraepelins* und seiner Mitarbeiter, einen Fortbildungskurs in München zu halten, und spricht ihm im Namen der bayerischen Anstaltsärzte herzlichen Dank aus. Den beabsichtigten Austausch von Assistenzärzten zwischen der Kreisirrenanstalt der Klinik für bestimmte Zeit hält er für vorteilhaft und wünschenswert.

Bezüglich der Klagen wegen Nichtübernahme klinischer Assistenten in öffentlichen Anstalten teilt er mit, daß in 23 Jahren nur ein klinischer Assistent sich bei ihm gemeldet hat, der angestellt wurde, und macht darauf aufmerksam, daß auch die im Anstaltsdienst sich befindenden tüchtigen Ärzte Anspruch auf Vorrücken haben und man nicht verlangen könne, daß ihnen klinische Assistenten vorgezogen werden.

Die Forderung *Alzheimers*, daß die öffentlichen Irrenanstalten möglichst in dem großen Verkehre gebaut werden, ist gewiß im Prinzip richtig, wird aber in der Wirklichkeit nicht immer so befolgt werden können. Wenn

ein Kreis mehrere Anstalten bauen muß, wie dies fast bei allen Kreisen der Fall ist, so sind die Anstalten so zu legen, daß sie je ein Zentrum für einen Teil des Kreises bilden; man kann dann nur anstreben, daß jede Anstalt möglichst nahe an eine Stadt — wenn auch eine kleinere — liegt werde, wie dies in der Pfalz mit der neuen Anstalt Homburg geschehen sei.

Stumpf-Würzburg: Die soeben gehörten Ausführungen des Herrn Referenten sowohl als besonders auch der Herren Diskussionsredner haben mich als bayerischen Amtsarzt in besonderem Grade interessiert; es kann keinem Zweifel unterliegen, daß heute in unserer Versammlung Verhältnisse erörtert werden sind, die in hohem Grade unsere Verwaltungsbehörden interessieren. Ich möchte die Anregungen des Herrn Direktor *Karrer* noch dahin erweitern, daß ich den Antrag stelle, es möchten die heutigen Ausführungen des Referenten und besonders auch die der Diskussionsredner in möglichst ausführlicher Weise den Kreisbehörden, den Kreismedizinalräten, den Landratspräsidenten und allen Mitgliedern der Landräte, ferner den Magistraten größerer Städte und allen Amtsärzten und nicht zuletzt auch den Universitäts-

Rektoraten mitgeteilt werden. Ich muß den Bestrebungen unserer Versammlung besten Erfolg wünschen; die Interessen der Psychiater können die der übrigen Ärzte und speziell die der Amtsärzte nicht unberührt lassen.

Kraußold-Bayreuth wünscht, es mögen die in Frage stehenden Verhandlungen (Referat, Diskussion und Resolutionen) möglichst rasch vervielfältigt und allen mehr oder weniger maßgebenden Behörden und Personen übergeben werden, zumal bald die Anstaltsetats aufgestellt werden müßten.

Dees-Gabersee begrüßt die Anregung zur Gewährung von Mitteln zu Fortbildungskursen, wissenschaftlichen Reisen, Beurlaubung zu wissenschaftlichen Arbeiten an der Klinik. Das System von koordinierten Oberärzten verträgt sich nicht mit der Forderung der Kleinheit der Anstalten: ebenso das Verlangen, die Anstalten an größere Städte anzugliedern, nicht mit der Möglichkeit, den Kranken tunlichst viel Freiheit und Gelegenheit zur Beschäftigung im Freien zu gewähren. Die Kgl. Regierung wird für das System koordinierter Oberärzte im Interesse der Verantwortlichkeit des Direktors kaum zu haben sein. Von Wichtigkeit wäre auch, daß der dienstälteste Oberarzt, der gegebenenfalls den Direktor zu vertreten hat, einen geeigneten, ihn besonders kennzeichnenden Titel erhält, wie ähnliches schon an den Mittelschulen usw. der Fall ist.

Alzheimer bemerkt zu den Ausführungen des Herrn *Karrer*, daß natürlich die klinischen Assistenten nicht verlangen können, daß man sie gleich in die höheren Stellen des Anstaltsdienstes hinübernehme, daß aber gar nicht einzusehen sei, warum man denselben, wenn sie in den Anstaltsdienst übergehen wollen, nicht die oft recht arbeitsreichen Dienstjahre an der Klinik in Anrechnung bringen könne.

Gewiß stehe dem Vorschlag, den Oberärzten eine größere Selbständigkeit zu geben, entgegen, daß der Direktor die Verantwortlichkeit für alles in der Anstalt den Behörden gegenüber trage. Es wäre aber doch wohl durchführbar, daß man die Oberärzte die Verantwortlichkeit in ärztlichen Dingen tragen lasse.

Man werde die großen Anstalten nicht ins Weichbild großer Städte, aber doch in die Nähe größerer Städte legen können, so daß sie leicht erreichbar seien.

Rehm-Neufriedenheim: Über drei Punkte sind wir wohl einig:

1. ist notwendig, daß die Gehälter der Oberärzte und Direktoren wesentlich erhöht werden; die Anfangsgehälter der Assistenzärzte sind hoch genug;
2. muß die Stellung der Oberärzte selbständig gemacht und mit eigener Verantwortlichkeit bekleidet werden;
3. muß der wissenschaftliche Geist in den Anstalten erhöht werden durch Anstellung von früheren klinischen Assistenten unter Anrechnung ihrer klinischen Dienstzeit, durch Austausch von Assistenten mit den Kliniken, durch Gewährung von Urlaub zu Fortbildungskursen, durch Stipendien usw. Dadurch wird der Zugang von jungen Ärzten wieder größer werden.

Wie soll nun von uns vorgegangen werden, um die genannten Ziele zu erreichen? Es ist nur von einem gemeinsamen Vorgehen etwas zu erzielen, der einzelne Direktor hat ja wenig Einfluß. Der Verein muß die Sache in die Hand nehmen, muß im Benehmen mit den einzelnen Direktoren die Vorschläge für die Kreise machen und den Regierungen und Landräten gegenüber vertreten.

Rehm schlägt daher vor, das Referat und die Diskussionen sofort drucken zu lassen, an alle Regierungen und Landratsmitglieder zu senden, und außerdem eine Kommission zu wählen, die als Zentrale im Benehmen mit den einzelnen Direktoren die weiteren Vorschläge zu bearbeiten hat.

Karrer erklärt auf die Gegenbemerkungen *Alzheimers*, daß er nicht alle Punkte des Referates habe besprechen wollen, daß es seiner Ansicht nach in der Hauptsache zunächst darauf ankomme, die ausschlaggebenden Körperschaften für Gewährung der Mittel zur Verbesserung nach den verschiedenen Richtungen zu gewinnen. Im besonderen erklärt er, daß auch er der Forderung zustimme, daß den Assistenten bei der Anstellung wie auch für die Dienstalterszulagen jene Zeit angerechnet werde, welche sie an klinischen Instituten gedient haben.

Vocke: Die Organisation des oberärztlichen Dienstes muß eine andere werden, als sie es jetzt in den meisten Anstalten ist, sonst ist der Oberarzt nicht selbständig, und andererseits fehlt es ihm an Zeit und Gelegenheit, sich mit den Verwaltungsgeschäften, dem Betrieb und der Entwicklungsgeschichte des Anstaltsdienstes so vertraut zu machen, als es nötig ist zu einer wirksamen Entlastung des Direktors und zu selbständigem Handeln. Das deal wäre für Eglfing z. B. zwei bis drei Oberärzte, die ganz selbständig sind, den Direktor aber auf dem Laufenden über ihre Abteilungen erhalten und sich lediglich in allen prinzipiellen Dingen vorher mit ihm benehmen.

Nur primus inter pares wird der Direktor nie ganz sein. Eine Einheit der Leitung muß da sein, sonst überwuchert der Einfluß der Verwaltungsbeamten an der Anstalt, wie manche ungünstige Erfahrungen in Krankenhäusern zeigen.

Die Größe der Anstalten ist eine alte crux, man kommt aber nicht darüber hinaus, solange Geld eine Rolle spielen muß. *Alt*, der eifrigste Vertreter der kleinen Anstalten, hat selbst 1400 Kranke unter sich. Große Anstalten sind doch etwas billiger als kleine.

Beklagenswert ist, daß mit dem Neubau der Anstalten immer zu lange gewartet wird, und daß dann auf einmal große Mittel erforderlich sind. Jeder Kreis sollte ständig einen Prozentteil der Kreisumlagen in einen Irrenanstaltsbau-Fond abführen und admassieren im Verhältnis zur Zunahme der Kranken dann wären zur rechten Zeit Mittel da, und man könnte auch kleinere Anstalten bauen. Nur Sachsen und Württemberg haben neue kleine Anstalten.

Mit der Drucklegung und weiten Verbreitung des Referates bin ich einverstanden.

Bemerken möchte ich noch, daß auch in München bei den letzten Vankenzen keine Auswahl gegeben war, daß sich aber Ärzte aus der Klinik nicht gemeldet haben.

Herfeldt-Ansbach gibt zur Erwägung anheim, ob der Vortrag nicht durch die Tagespresse weiteren Kreisen zugänglich gemacht werden soll. Es würde dadurch ein Hinweis geschaffen auf die nachfolgende Versendung des Referates an die betreffenden maßgebenden Körperschaften und deren Mitglieder.

Weygandt-Würzburg: Die Idee der koordinierten Chefärzte in einer Anstalt ist auch auf psychiatrischem Gebiete bereits verwirklicht: in Frankreich finden sich Anstalten — wie die zu Derray-Vancluse bei Paris — wo drei Services nebeneinander bestehen, einer für Männer, einer für Frauen, einer für Kinder, jeder mit einem selbständigen Chefarzt. Freilich verbindet sich mit dieser Einrichtung die Gefahr einer Diktatur des Verwaltungsvorstandes.

Der Austausch zwischen Ärzten der Anstalten und Kliniken wäre un-
gemein segensreich und wünschenswert. Freilich wird seine Einführung in größerem Maßstabe in Bayern auf Schwierigkeiten stoßen, sobald es sich um Inhaber pragmatischer Stellen handelt. Wie in Bayern war ein solcher Austausch bisher auch in Baden und Sachsen nicht zu denken, während er in Preußen für mittlere Anstaltsstellen sehr wohl möglich war und in Württemberg manchmal Neigung bestand, auch Anstaltsdirektionen zu besetzen mit Ärzten, die aus der Klinik und aus der Lehrtätigkeit hervorgingen. Der Austausch wäre keineswegs mit irgendwelchen Härten verbunden, wenn überhaupt das Avancement eine Auslese der Tüchtigsten darstellte und nicht streng nach dem Anciennitätsprinzip vorginge. Der umgekehrte Weg ist ja übrigens bisher auch in Bayern immer offen gewesen: Der Übertritt von Anstaltsärzten in die Universitätslaufbahn. Jedem stand bisher frei, unter Erfüllung der wissenschaftlichen Vorbedingungen Universitätsdozent zu werden, ja selbst die ordentlichen Professuren sind noch bis in die neueste Zeit hinein mehrfach mit Anstaltsärzten besetzt worden. Beängstigend braucht die Entwicklung eines solchen Austausches für die Anstaltsärzte keineswegs zu werden, denn der akademische Boden wird im ganzen nur ungern und selten wieder verlassen, trotz aller Enttäuschungen und Intriguen, die im Bereiche der Universitäten vorkommen. Bei aller berechtigten Beschwerde der Anstaltsärzte über die Mängel ihrer Laufbahn darf nicht vergessen werden, daß die Universitätslaufbahn auch auf psychiatrischem Gebiete noch viel undankbarer ist, viel mehr Opfer erfordert und viel größere Schwierigkeiten und Kränkungen mit sich bringt.

Ein Austauschverhältnis wäre im übrigen aber auch denkbar zwischen Anstaltsärzten und Amtsärzten. In Bayern werden erfreulicherweise die Amts- und Gerichtsärzte vielfach mit Kollegen aus der allgemeinen Praxis besetzt. Für einige der Stellen wäre aber auch eine Besetzung durch Irrenanstaltsärzte ganz empfehlenswert, weil gerade sie besonders gut vorgebildet

nd für die Hauptfunktionen des Amtsarztes, für die administrative Tätigkeit, für psychiatrische Begutachtungen und auch für Obduktionen. Die ge Föhlung zwischen Amtsärzten und Irrenärzten, die z. B. in Hessen von iten der Regierung außerordentlich gefördert wird, trägt die besten Früchte.

Im Auslande ist die Honorierung der Anstaltsärzte vielfach weit höher, gibt es in England Direktorstellen mit 800—1000 Pfund Sterling Jahreshalt.

Das zu erweckende lebhaftere Interesse weiterer Kreise an der Irrenage könnte auch in anderer Weise zum Ausdruck kommen, so durch Stiftungen, die in manchen Ländern, wie in Rußland, England, Griechenland, Serordentlich viel reichlicher fließen als bei uns. Wenn auch die Behaltung der wichtigsten Fürsorgeeinrichtungen eine Pflicht des Staates ist, ante doch durch Privatstiftungen vieles beigetragen werden, die Anstalten ch weiter zu heben, vor allem auch ihre wissenschaftliche Wirksamkeit zu rdern.

Auch die Presse steht vielfach der Irrenfrage noch ohne rechtes Verständnis gegenüber, manchmal nicht ganz frei von den bekannten Vorurteilen es ungebildeten Teils der Laienwelt, gewöhnlich aber beherrscht von den unbegründeten Bedenken wegen angeblicher möglicher Freiheitsberaubung und ternierung Geistesgesunder.

Es wäre darum dringend zu wünschen, daß die ganze Frage des irrenztlichen Standes dauernd in Fluß bleiben und möglichst jedes Jahr von iten der Versammlung aus daran erinnert würde. Alle Mittel müssen zu herangezogen werden, Resolutionen, Kommissionen, persönliche Vorstellungen und Deputationen an den maßgebenden Stellen.

Wie wertvoll die Idee der Bildung des Bayerischen Psychiatervereins gewesen ist, läßt sich kaum eindringender belegen als durch die heutige erhandlung, deren zu wünschende Erfolge in letzter Linie doch den Geistesanken selbst zugute kommen.

Nach beendeter Diskussion beschloß die Versammlung einstimmig

1. die Drucklegung des Referates über die Lage des irrenärztlichen Standes;
2. die Veröffentlichung eines ausführlichen Berichtes über Referat und Diskussion in der Presse; hiermit wurde Prof. *Weygandt*-Würzburg beauftragt;
3. die Bildung einer Kommission zur Prüfung der irrenärztlichen Standesangelegenheiten und Vorbereitung geeigneter Schritte zur Hebung derselben.

In diese Kommission, bestehend aus Vertretern der Universität, der Anstaltsdirektoren, Ober- und Assistenzärzte, wurden gewählt die Herren: *Gräepelin*, *Vocke*, *Rehm*-Neufriedenheim, *Blachian*-Werneck und *Oppermann*-Langen.

Die Kommission erhält außerdem das Recht der Kooptierung.

In seinem Schlußwort gibt *Vocke* bekannt, daß das Referat inkl. Diskussion nach seiner Drucklegung den Königlich. Regierungen und den Landräten sämtlicher Kreise überreicht werden soll.

Nach einer einstündigen Pause wird um 1 $\frac{1}{2}$ Uhr die Sitzung fortgesetzt.

Nitsche-München: Psychologische Untersuchungen an Alkoholisten.

Votr. untersuchte die Auffassungsfähigkeit von zurzeit abstinenten Alkoholisten für einfache optische Reize (Kästchen mit neun Buchstaben) bei einer Expositionszeit von 55,5 s. Die Untersuchung erstreckte sich auf zwölf einfache chronische Alkoholiker, vier Halluzinanten und einen *Korsakoff*-Kranken, bei dem eine erhebliche Besserung der psychischen Erscheinungen eingetreten war. Ihre Leistungen verglich er mit denen von sieben abstinenten Gesunden von ungefähr gleicher Bildungsstufe. Die Resultate der letzteren zeigten eine größere Gleichmäßigkeit untereinander als die der Trinker. Zwei Alkoholisten übertrafen die Normalen, 13 von 17 Fällen blieben in ihren Leistungen hinter diesen zurück. Von diesen 13 Fällen zeigten zwei außerordentliche Störungen, drei leisteten höchstens die Hälfte des Normalen, während die übrigen sich den Werten der Gesunden von unten her näherten und nur vier deren untere Grenze erreichten. Wie bei Gesunden ergab sich hier ausnahmslos eine Zunahme der richtigen Wahrnehmungen in der zweiten Hälfte der Versuchstage, in der Hälfte der Fälle weit über das normale Maß hinaus. Während aber bei Gesunden die Zahl der Fehler zugleich geringer wurde, fand sich dies Verhalten nur bei einem Halluzinanten: in den übrigen 16 Fällen vermehrte sich auch die Zahl der Fehler. Ein Einfluß der Ermüdung war nirgends nachzuweisen, was wohl eine Folge der Versuchsanordnung war. Beziehungen der Auffassungsleistungen zu klinischen Eigentümlichkeiten der Fälle waren nicht mit Sicherheit zu finden. Dagegen schien eine längere Dauer der Abstinenz vor Beginn der Versuche von günstigem Einfluß auf die Güte der Resultate zu sein. Die auffallend hohe Zunahme der Leistungen in der zweiten Hälfte der Versuchstage schien zum Teil bedingt zu sein durch rasches Nachlassen der Alkoholwirkung bei den Kranken, die erst seit wenigen Tagen abstinenter waren.

Diskussion: *Kraepelin* weist auf die Wichtigkeit der initialen Schwankung bei den Merkversuchen hin, die in ausgeprägter Weise auch bei Manischen angetroffen werden. Beim Vorkommen einer über der Norm stehenden Leistung bei den Alkoholisten ist zu berücksichtigen, daß die an Wätern gewonnenen Normalzahlen natürlich nicht durchaus maßgebend sind; es könnte bei jenen Kranken dennoch eine Herabsetzung der Leistung gegenüber gesunden Tagen vorliegen. Die ungemein schwere Beeinträchtigung der Auffassungs- und Merkfähigkeit bei einzelnen Kranken trotz längerer Enthaltensamkeit dürfte darauf hindeuten, daß sich hier jenes schwere Alkoholsiechtum auszubilden beginnt, das wir in ausgeprägtester Form bei manchen Fällen der *Korsakoffschen* Psychose vorfinden.

Reichardt-Würzburg: Über Knochenveränderungen bei progressiver Paralyse.

Zwei Kranke der Würzburger psychiatrischen Klinik, mit Tabes und Paralyse, erlitten bei vorzüglichem Ernährungszustande eine Anzahl Spontanfrakturen. Die konservierten Skelette wiesen ganz diffuse, auch die Schädelknochen betreffende Veränderungen im Sinne einer hochgradigen Osteoporose auf. — Dann beschäftigt sich der Vortragende mit der Frage: Welchen Einfluß hat die Paralyse speziell auf Gewicht und Volumen der Schädelknochen? Die Untersuchungen an 50 Schädeln Paralytischer und 100 Schädeln Nichtparalytischer aus der Sammlung der Würzburger Klinik ergaben: 1. Es kommt bei Paralyse eine Osteoporose der Schädelknochen vor, welche man berechtigt ist, als direkte Folgeerkrankung der Paralyse aufzufassen. 2. Eine Osteosklerose (erhöhtes spezifisches Gewicht des Knochens, meist bei normalem Volumen), oder abnorm großes Volumen der Knochen (meist bei normalem spezifischem Gewicht) kommt bei Schädeln Paralytischer im gleichen Verhältnis vor, wie bei Schädeln Nichtparalytischer. Es soll nicht bestritten werden, daß die Paralyse direkt zur Schädelverdickung oder zur Osteosklerose führen kann; meist aber wird es sich um Zustände der Knochen oder Dura handeln, welche mit der Paralyse in gar keinem oder nur in sehr lockerem Zusammenhang stehen. 3. Daß sich aber der Schädelknochen als Folge der Hirnatrophie sekundär verdickt, das ist, beim Vergleich von Schädelkapazität und Hirngewicht einerseits, und von Schwere, Volumen und spezifischem Gewicht der Schädelknochen andererseits, ganz unwahrscheinlich. (Autoreferat.)

Diskussion: *Dees-Gabersee* berichtet von verhältnismäßig zahlreichen (ca. acht) Fällen von Osteomalacie bei Geisteskranken, die in Gabersee beobachtet wurden, und ist bereit, zur Klärung der Sache das Material zur Verfügung zu stellen.

Weygandt-Würzburg: Beitrag zur Aphasielehre mit Demonstration.

Weygandt demonstriert einen Patienten (Voit), der 1883 eine Schädelverletzung erlitt und daraufhin Sprachstörungen zeigte. Über diesen Fall und die dabei aufgerollte Frage der amnestischen Aphasie hat sich bereits eine große Literatur entwickelt. Außer der bekannten Arbeit von *Grashey* seien *Sommer*, *Wolff*, *v. Monakow*, *Wernicke*, *Freud* und *Störing* genannt.

Weygandt hat den Patienten selbst wiederholt und eingehend nachuntersucht. Die Prüfung zeigt, daß das Hauptsymptom des schreibenden Findens der Aussprache nicht mehr besteht. Ebenso ist nicht mehr zu konstatieren, daß Voit zur Benennung eines Konkretums sich erst den anschaulichen Eindruck verschaffen mußte. Das Studium des sehr reichlichen Unfallaktenmaterials läßt erkennen, daß die Störungen jedoch schon einmal, als keine Rentenansprüche bestanden, verschwunden waren, später aber

wiederkamen. Jetzt steht, indem es sich um drei verschiedene Unfälle mit verschiedenartigen Rentenansprüchen handelt, für Voit die Sache so, daß er Vollrente bekommt, wenn seine Arbeitsunfähigkeit lediglich als Folge des dritten, den Thorax betreffenden Unfalls zu erweisen ist, ohne daß bereits vor dem dritten Unfall durch die Sprachstörung eine Erwerbsfähigkeitsverminderung bestanden hätte. Die wesentlichsten aphasischen Symptome des Voit sind deshalb als traumatisch-hysterisch aufzufassen. Wenn auch beim ersten Unfall eine Hirnverletzung nicht ausgeschlossen sein mag, so ist sie doch nicht die direkte Grundlage der Sprachstörung gewesen.

(Autoreferat.)

Eine ausführliche Darstellung des Falles erfolgt an anderer Stelle.

Keine Diskussion.

Specht-Erlangen: Über Hysteromelancholie.

Der Vortrag ist im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1906, Nr. 217, veröffentlicht worden.

Diskussion: *Kraepelin* fragt an, auf Grund welcher Anzeichen sich die Hysteromelancholie im Sinne von *Specht* diagnostizieren lasse, da hysterische Symptome, psychogene Auslösungen und Beeinflussungen auch beim manisch-depressiven Irresein gelegentlich zur Beobachtung kommen.

Specht erwidert, daß die Gesamtheit der klinischen Kriterien: hysterische Konstitution, psychogene Auslösung, dauernde spezifische Färbung des Symptomenbildes, Lösung nach Art des physiologischen Abklingens von Affektstürmen oder kritisches Ende durch psychogene Einflüsse, für die Diagnose ausschlaggebend sind.

Blachian-Werneck: Über die Zustellung von Entmündigungsbeschlüssen an unsere Anstaltsinsassen.

Die Meinungsverschiedenheiten, welche bei Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuches über die in § 6 niedergelegten Begriffe Geisteskrankheit und Geistesschwäche allgemein herrschten, haben durch spätere oberstrichterliche Entscheidungen eine Klärung erfahren.

Wir wissen heute, daß zwischen beiden nur ein gradueller Unterschied besteht, der sich nach den rechtlichen Folgen der Entmündigung, nicht aber nach klinischen Merkmalen bemißt.

Die Aufgabe, welche dem ärztlichen Begutachter zufällt, ist dadurch eine andere, schwierigere geworden. Denn es obliegt ihm nicht allein der Nachweis, daß der zu Entmündigende geistig erkrankt, sondern auch die Instruierung des Richters darüber, ob und inwieweit jener durch die psychische Störung in der Besorgung seiner Angelegenheiten behindert ist. Da über diese ausschlaggebende Frage der Richter gewissermaßen als Sachverständiger befindet, so entfällt für uns zum großen Teile die Verantwortung, welche früher gerne zu Angriffen gegen die Irrenärzte Anlaß gegeben. Im Interesse der Sache, der wir dienen, können wir diesen Umschwung nur

grüßen. Aber auch unsere Kranken haben allen Grund, mit der Neuordnung der Dinge zufrieden zu sein. Denn durch dieselbe sind ausreichende Garantien gegen ungerechtfertigte oder nicht genügend begründete Entmündigungen geschaffen, anderseits geht der Eingriff in die Rechtssphäre des Kranken nicht weiter, als durch die besondere Geistesverfassung desselben unbedingt geboten ist. Die Entmündigung stellt eben — wie ich zusammensendend sagen möchte — eine zivilrechtliche Operation dar, zu deren konkrativer Ausführung der Richter berufen ist.

So sehr wir uns also mit den neuen gesetzlichen Bestimmungen in ihrem materiellen Teile einverstanden erklären können, so fordern doch auch, gleichzeitig mit dem Bürgerlichen Gesetzbuch in Kraft getretene Änderungen der Zivilprozeßordnung unseren Widerspruch heraus.

Ich meine § 660 ff. (§§ 662, 683), gemäß denen im Falle der Entmündigung wegen Geistesschwäche, Trunksucht usw., sowie bei Ablehnung des Entmündigungsantrages der Beschluß dem Entmündigten selbst bzw. demjenigen, dessen Entmündigung beantragt war, zuzustellen ist. In den Gründen wird ausgeführt, daß der wegen Geistesschwäche Entmündigte lediglich in seiner Geschäftsfähigkeit beschränkt und jedenfalls in der Lage ist, von dem in betreffenden Beschlüsse Kenntnis zu nehmen.

Wie nun die Erfahrung lehrt, trifft diese Annahme nicht immer und ausnahmslos bei unseren Kranken zu. Sicherlich aber befindet sich ein großer Teil derselben in einem Gemütszustande, welcher die Zustellung des motivierten Entmündigungsbeschlusses aus gesundheitlichen Rücksichten direkt verbietet. Denn auch bei vorsichtiger Fassung ist derselbe an sich geeignet, den Kranken mehr oder weniger aufzureizen, der aus den Motiven zuweilen recht diskrete Dinge erfährt, in allen Fällen aber schwarz auf weiß unter Amtssiegel nachgewiesen erhält, daß er an Geistesschwäche leidet.

Der Schaden, welcher hierdurch angerichtet wird, ist um so größer, als gerade diejenigen von unseren Pflinglingen (Imbezille, Epileptiker, Hypomanische usw.) am häufigsten mit solchen Zustellungen bedacht werden, welche wegen ihrer exzessiven Gemütsreizbarkeit und des Fehlens jeglicher Krankheitseinsicht am wenigsten sie vertragen können.

Die Folge davon ist, daß ihre Erregung sich steigert und gegen den sie Luft macht, der bis dahin mit allen Mitteln psychischer Behandlung ermüht war, einen beruhigenden Einfluß auf seine Schutzbefohlenen ausüben.

Dazu kommt, daß eine Verzögerung der Zustellung, auch wenn es die augenblickliche Verfassung des Kranken noch so dringend erheischte, nicht möglich ist, da nach § 601 Abs. 2 die Entmündigung erst mit der Zustellung des Beschlusses an den Entmündigten in Wirksamkeit tritt.

Diese Unzuträglichkeiten, welche sich für den Kranken selbst und sein Verhältnis zu dem Arzte daraus ergaben, haben daher von Anfang an die Fachkreise mobil gemacht. Als der ersten einer trat Pfister-Freiburg mit einer geharnischten Schrift auf den Plan, in welcher er unter Zugrundelegung

seiner schon im Einführungsjahre gesammelten schlimmen Erfahrungen zu Stellungnahme gegen den § 600 bzw. 661 ZPO. aufforderte und die Härten desselben durch Zusätze usw. gemildert wissen wollte. So hätte er eine Verbesserung darin erblickt, wenn mehr dem Ermessen der Anstaltsleitung anheimgegeben würde, nötigenfalls (und unbeschadet der Rechtsverbindlichkeit vom Vormunde vollzogener Geschäfte) von einer sofortigen Zustellung an den Kranken Umgang zu nehmen, und dessen Beschwerderecht (§ 664 Abs. 3 von dem Zeitpunkte an datierte, zu welchem die schwerwiegendsten ärztlichen Bedenken gegen eine Behändigung in Wegfall gekommen wären. Mit Recht weist *Pfister* darauf hin, daß die Zustellung z. B. an einen gerade verwirrten Kranken, der kaum zur Entgegennahme des Entmündigungsbeschlusses, geschweige denn zu einer sachgemäßen Würdigung desselben befähigt ist, wenig dem Sinne der einschlägigen Bestimmungen entsprechen dürfte. *Pfister* wundert sich, daß es noch an gesetzlichen Normen über die Art und Weise der Zustellung amtlicher Papiere an internierte, für den Gerichtsvollzieher nicht erreichbare Geisteskranken mangelt.

Manche Direktoren begegneten — wie *Pfister* besonders hervorhebt — diesem Übelstande durch Berufung auf ihre Anstaltssatzungen, welche den Verkehr der Kranken mit der Außenwelt ausschließlich in ihre Hände legen.

Für die badischen Staatsirrenanstalten sei unter dem 19. November 1899 eine Verordnung ergangen, welche in § 12 besagt: „Zur Bewirkung von Zustellungen an in den staatlichen Irrenanstalten befindliche Pfleglinge sind zuständig die ersten Beamten des Wartepersonals und deren Stellvertreter.“ Viel Geschmack vermag auch *Pfister* dieser Verordnung, welche die von ihm beanstandete Lücke in den Zustellungsvorschriften ausfüllen sollte, nicht abzugewinnen. Denn gerade das Oberwartepersonal, welches in so häufige und innige Berührung mit den Kranken tritt, hat bessere Aufgaben zu erfüllen, als sich durch solche Geschäfte den Haß und das Mißtrauen der ihrer Fürsorge Anvertrauten zuzuziehen. Aus diesem Grunde redet *Pfister* einer Abänderung der Verordnung das Wort, dahinlautend, daß „jeweils ein Arzt anderer Abteilungen oder noch besser der Pförtner oder sonst ein vertrauenswürdiger Beamter der Anstalt mit Empfang und Überreichung des amtlichen Schriftstücks beauftragt werde“. Aber auch dieser Verbesserungsvorschlag trifft den Kern der Sache nicht, wenn schon dadurch die großen Schäden vermieden würden, welche die Zustellung seitens des Oberwarte-personals sicher im Gefolge hätte. Denn es macht schließlich keinen großen Unterschied aus, ob der Kranke den Entmündigungsbeschluß von dem Pförtner auf der Abteilung übermittelt erhält, oder — was sich wohl in der Mehrzahl der Fälle ermöglichen läßt — zwecks Entgegennahme desselben dem Zustellungsbeamten vorgeführt wird. Nach allem gelangt *Pfister* dazu, in der Abschaffung jeglicher Motivierung, welche er in den Kommentaren nirgends direkt vorgeschrieben findet, den besten Ausweg zu sehen. Erst in zweiter Linie empfiehlt er, auf eine Zusatzbestimmung oder sonstige Modifikation des § 661 ZPO. hinarbeiten, durch welche in „wichtigen

den kurze Verzögerungen der Zustellung des Entmündigungsbeschlusses den Kranken sanktioniert wurden“.

In dem umfassenden Referate, welches Direktor *Vocke* 1903 auf der ersten Jahresversammlung unseres Vereins erstattete, wurden desgleichen längere Erörterungen an diese Frage geknüpft und darauf hingewiesen, daß die Aussetzung des Entmündigungsbeschlusses es in manchen Fällen unmöglich macht, denselben an die Kranken hinauszugeben. Um in anderen die Reizung zu vermeiden, welche der Ausdruck „Geistesschwäche“ bei dem Entmündigten hervorrufen könnte, schlägt *Vocke* eine besondere Formulierung des ärztlichen Gutachtens vor und zwar in der Weise, daß nur die klinische Diagnose, B. Paranoia, aufgenommen, im übrigen aber durch eine sofort verständliche Umschreibung die Auffassung des Gutachters, daß Geistesschwäche vorliegt, gekennzeichnet wird.

Es ist bereits von anderer Seite bemerkt worden, daß dieser Vorschlag seinen Zweck nur dann zu erfüllen vermag, wenn auch der Richter denselben zu eigen macht und das odiose Wort in seinem Beschlusse vermeidet. Auf ein solches Entgegenkommen dürfte aber kaum zu rechnen sein. Denn der Richter ist doch gewissermaßen gebunden, nur mit den Begriffen zu urteilen, welche das Gesetz kennt.

Andererseits sind unsere Hauptbedenken nicht gegen den Ausdruck „Geistesschwäche“, als vielmehr den Inhalt des Beschlusses gerichtet, in welchen weit mehr irritierende Wendungen und ganze Bestandteile unseres Urteils für den Richter bestimmten Gutachtens übernommen werden.

Auch *Cammerer-Winnental* wendet sich in seinem 1905 erschienenen Vortrage gegen die oft unerträgliche Brüskierung unserer Kranken und bemerkt, daß die gleichen Vorschriften, welche für die persönliche Vernehmung (§ 664) maßgebend sind, nicht auch sinngemäße Anwendung auf den § 661 Abs. 1 finden, mit anderen Worten, daß von der Zustellung des Entmündigungsbeschlusses nicht so lange abgesehen werden kann, als sie nicht ohne Nachteil für den Gesundheitszustand des Entmündigten ausführbar ist.

Alle diese Mißstände, welche auch wir kennen zu lernen hinreichend Gelegenheit hatten — ich vermeide absichtlich, mich darüber zu verbreiten —, lernten mich schon im vorigen Jahre gelegentlich der zweiten Jahresversammlung des bayer. Medizinalbeamtenvereins dazu, über die praktische Haltbarkeit der erwähnten Gesetzesparagrafen und die Notwendigkeit ihrer Abhilfe zu diskutieren. Meinen Schlußworten, daß es Aufgabe der nächst interessierten Kreise sei, eine Änderung bzw. Ergänzung dieser rechtsgesetzlichen Bestimmungen in die Wege zu leiten, werde ich heute berechtigt, indem ich Ihnen meine Vorschläge unterbreite. Ehe ich dies tue, sehe ich mich veranlaßt, deren Vorgeschichte kurz zu berühren, weil man auch die Wandlung verständlich wird, welche jene in der Zwischenzeit erfahren haben.

Ausgehend davon, daß die Zustellung des Entmündigungsbeschlusses in manchen Fällen mit dem ärztlichen Gewissen unvereinbar ist, bildete sich

bei uns seit Jahren der Brauch aus, denselben entweder überhaupt zu inhibieren oder nur den Tenor des Urteils dem Adressaten gegen Unterschrift zu eröffnen. Wir wußten nicht anders, als daß wir uns einer Unterlassungssünde gegen die gesetzlichen Vorschriften schuldig machten, wir wollten aber lieber auch etwaige unangenehme Folgen tragen als zu einer Vergewaltigung unserer Kranken die Hand bieten. So konnte es nicht ausbleiben, daß Gegensätze sich herausbildeten und zu einer nachdrücklicheren Betonung der richterlichen Forderung einer persönlichen Zustellung an den Kranken führten. Mit gleicher Festigkeit wahrten auch wir unseren Standpunkt, der durch die Hausordnung genau vorgezeichnet war. Um diese kritische Zeit erhielten wir Sukkurs von juristischer Seite selbst, indem uns unter Hinweis auf § 181 ZPO., die Ersatzzustellung betr., und die einschlägigen reichsgerichtlichen Entscheidungen und Kommentare ein Ausweg aus dem Dilemma gezeigt wurde.

Als dann später eine amtliche Anfrage an uns erging, aus welchen Gründen wir die persönliche Zustellung durch den beauftragten Beamten ablehnten, führten wir zunächst den § 15 unserer Dienstanweisung ins Feld, welcher besagt: „Der k. Direktor ist berechtigt, von allen Korrespondenzen der Kranken Kenntnis zu nehmen und alle an dieselben einlaufenden Zuschriften zu öffnen und eventuell zurückzuhalten.“ Der Zweck, den die Aufsichtsbehörde damit verfolge, sei offenkundig der, den Schutz der Kranken gegen schädliche Einflüsse von außen uns zur besonderen Pflicht zu machen. Aus der allgemeinen Fassung des Schlußsatzes gehe ferner hervor, daß auch amtliche Schriftstücke der Kontrolle des Anstaltsvorstandes unterliegen. Derselbe handle daher nur in gutem Rechte, wenn er die Zustellung eines Entmündigungsbeschlusses davon abhängig mache, daß z. B. in den Motiven sich Wendungen nicht finden, welche den Gesundheitszustand des Entmündigten, seine ärztliche Behandlung und anderes gefährden könnten. Dieses durch die besonderen Verhältnisse in einer Anstalt gebotene und eingeräumte Recht würde aber unwirksam, wenn dem Gerichtsvollzieher usw. der Zutritt zu den Kranken gestattet würde. Außerdem hätten wir in der Ersatzzustellung ein gesetzliches Mittel, um eine alle Teile befriedigende Lösung herbeizuführen. — Seit dieser Zeit — es ist jetzt genau ein Jahr darüber hingegangen — herrscht Ruhe bei uns und die Überzeugung, daß wir zu unserem Vorgehen in jeder Hinsicht berechtigt waren. Inkorrekt handelten wir vielleicht nur in den Fällen, wo wir bloß den Urteilstenor übermittelten. Denn die Zustellung besteht in der Übergabe einer beglaubigten Abschrift des zuzustellenden Schriftstücks. (§ 170 ZPO.) Hat also ein Gericht den Beschluß mit Gründen versehen, so gehört zur Zustellung des Beschlusses auch die Zustellung der Gründe. Ob dieser notwendig motiviert sein muß — ich komme damit auf die Anregung Pfisters zurück — ist wieder eine Frage für sich. Nach *Gamppstein* Kommentar Band I Seite 661 begründet zwar die Nichtangabe der Gründe bei Beschlüssen niemals einen Verstoß gegen das Prozeßrecht, doch „versteht sich die Beifügung von Erwägungsgründen von selbst, soweit diese

Verständnis der Entscheidung notwendig ist; insbesondere ist bei Entscheidungen, welche dem Rechtsmittel der Beschwerde unterliegen, eine Beider Gründe nicht wohl zu umgehen“. — Damit fällt auch der Vorschlag ers in sich zusammen, hauptsächlich für ein Weglassen der Motive sich leug zu legen.

Es gibt aber — wie ich oben bereits andeutete — eine Lösung, an der wirken wir ein gewisses, durch unsere Hausordnung gegebenes Anrecht eite haben — die Ersatzzustellung. Was versteht man denn nun eigent- unter Ersatzzustellung?

Mit dieser Frage betrete ich wieder das Gebiet, auf welchem dem Laien Fallstricke drohen.

Ich hätte daher auch gewünscht, daß ein Fachmann — ähnlich wie vor n auf einer Versammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie ein be- ter Zivilrechtslehrer über den § 1569 BGB. referierte — auch über die ürfge Materie uns aufgeklärt hätte.

Wenn ich mich dennoch an dieselbe heranwage, so geschieht es aus Grunde, weil die Rechtslage hier im ganzen nicht zu schwierig zu über- en ist und anderseits das Interesse unserer Kranken eine baldige lung der Sache erfordert.

§ 181 (166) ZPO. lautet: „Wird die Person, welcher zugestellt werden soll, in Wohnung nicht angetroffen, so kann die Zustellung in der Wohnung an zu der Familie gehörenden erwachsenen Hausgenossen oder an eine in Familie dienende erwachsene Person erfolgen. Wird eine solche Person angetroffen, so kann die Zustellung an den in demselben Hause enden Hauswirt oder Vermieter erfolgen, wenn diese zur Annahme Schriftstücks bereit sind.“

Was zunächst den Begriff „Wohnung“ anlangt, so ist darunter das Haus, die Stätte des Hauses usw., wo jemand für gewöhnlich sich aufhält und schlafen pflegt, zu verstehen (Seufferts Kommentar zur ZPO. § 180 Anm. 1). gemäß hat auch das Reichsgericht befunden, daß ein Gefangener z. B. er Strafanstalt „wohnt“ (Seufferts Archiv Band 52 Nr. 52).

Über die andere Voraussetzung der Ersatzzustellung, daß der Betreffende ht angetroffen wird“, besagt die gleiche reichsgerichtliche Entscheidung, nach der Natur der Verhältnisse, in denen sich der Insasse einer Straf- alt befindet, sich von selbst ergibt, daß zu ihm ein Zustellungsbeamter t willkürlich gelangen kann, weil er ihn nur treffen kann, wenn der Gefangene h ein Organ der Anstaltsverwaltung vorgeführt oder der Zustellungsbeamte h ein solches nach der Stelle, wo der Gefangene sich befindet, geleitet wird. Es gts ohn von der Entschließung des Vorstehers der Anstalt ab, ob der Zustellungs- ate den Adressaten persönlich treffen kann oder nicht, und wenn der tatsleiter das letztere für angemessen findet, so ist durch sein Verhalten e weiteres festgestellt, daß der Zustellungsbeamte den Gefangenen nicht önlich angetroffen hat“ (Seufferts Archiv Band 52 Nr. 52). Es kommt

hier lediglich darauf an, ob „der Zustellende den bezeichneten Empfänger tatsächlich nicht antrifft. Weder ist nötig, daß der Empfänger in der Wohnung nicht anwesend ist, und daß es unmöglich ist, ihn dort zu treffen, noch ist es erheblich, aus welchen Gründen, ob wegen Krankheit, Gefangenschaft anderweitiger Beschäftigung usw. der in der Wohnung anwesende Adressat für den Zusteller nicht zu treffen ist“ (*Wilmoisky-Lery*, Kommentar zur ZPO § 181 Anm. 2 und 3). Schließlich ist der Anstaltsvorstand auch als Hauswirt im Sinne des § 191 ZPO. anzusehen, weil ein Dritter, der mit einem Hausbewohner in Verkehr treten will, sich zu diesem Zweck gemäß der Hauseinrichtung an ihn zu wenden hat. *Gaupp-Stein* (I S. 413 Anm. III) bemerkt dazu: „Bei Gefangenen ist der Gefängnisvorsteher als Hauswirt zu behandeln, ebenso der Vorstand des Krankenhauses.“

„Die Gültigkeit der Ersatzzustellung ist unabhängig davon, ob das zugestellte Schriftstück an den Adressaten gelangt; denn die Ersatzzustellung ist ja die Zustellung, bei welcher die für den Adressaten bestimmten Schriftstücke einer anderen Person mit derselben Wirkung behändigt, oder bei ihr zurückgelassen werden, wie wenn sie dem Adressaten behändigt worden wären“ (*Seufferts Kommentar* § 181 Anm. 1).

Somit dürfte die ganze Frage, welche so oft schon zu berechtigter Kritik Anlaß gegeben, dahin zu beantworten sein, daß an einen in der Irrenanstalt befindlichen Kranken die Zustellung des Entmündigungsbeschlusses in rechtsgültiger Weise durch Übergabe desselben an den Anstaltsvorstand bewirkt werden kann. —

Nach diesen Gesichtspunkten wird bei uns die Zustellung seit etwa einem Jahre praktisch betätigt, ohne daß andere als wohlthätige Wirkungen sich ergeben hätten. Der einzige Einwand, der sich dagegen vorbringen läßt — daß unsere Kranken durch die Inhibierung oder einstweilige Zurückstellung des Entmündigungsbeschlusses um ihr Beschwerderecht (cf. § 664 ZPO.) gebracht werden, hat mehr theoretische Bedeutung. Denn die Fälle, welche als nicht geeignet für eine Zustellung sich erweisen, sind wohl in ihrer überwiegenden Mehrheit so geartet, daß auch eine Anfechtungsklage zu einem positiven Resultate nicht führen würde. Im Effekt geht es endlich auf das gleiche hinaus, ob die Zustellung aus ärztlichen Erwägungen einen Aufschub über die Beschwerdefrist erleidet, oder — was sicher nicht zu selten vorkommt — die sofortige Zustellung z. B. an einen Kranken geschieht, der zufolge eines nach dem Entmündigungstermine einsetzenden, länger dauernden Verwirrtheitszustandes ebenfalls des Rechtsvorteiles der Beschwerde verlustig wird. Bei unseren Kranken, deren Befinden so häufigen und umwälzenden Schwankungen ausgesetzt ist, läßt sich eben der starre Buchstabe des Gesetzes gar oft nicht ganz ohne Zwang anwenden. Man sollte daher auch die prinzipiellen Bedenken zurückstellen, daß den Anstaltsleitern, welche immer wieder ihrer Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen haben, zu weitgehende Befugnisse in dieser Richtung übertragen werden könnten. Die Sache selbst würde dabei nicht zu Schaden kommen.

Wenn ich im vorstehenden mich bemühte, den gesetzlichen Handhaben nachzugehen, aus welchen sich die Zulässigkeit der Ersatzzustellung auch für Irrenanstalten ableiten läßt, so bleibt — ihre Richtigkeit vorausgesetzt — noch übrig, derselben auch praktische Geltung zu verschaffen. Eine Umfrage bei den Kollegialbehörden hat ergeben, daß gegenwärtig fast allenthalben nach dem gleichen Zustellungsmodus verfahren wird, den auch wir immer zugrunde legten. Derselbe deckt sich in der Hauptsache mit den Forderungen, welche wir heute erheben. Er unterscheidet sich aber wesentlich dadurch, daß bisher diese durch die Rücksicht auf unsere Kranken vorgezeichnete Art der Zustellung nur mit Duldung und stillschweigender Genehmigung der Gerichte möglich schien. — Wie ich für unsere Verhältnisse bereits dargetan habe, erfreuten wir uns nicht immer des gleichen Entgegenkommens. Auch Medizinalrat *Kraußold* konstatierte schon 1903 im Anschlusse an *Vockes* Referat, daß die Zustellung von Entmündigungsbeschlüssen von den Gerichten nicht einheitlich gehandhabt wird. Seitens eines anderen Anstaltsvorstandes wurde darüber geklagt, daß das Gericht auf der Zustellung von Entmündigungsbeschlüssen bestanden hat, deren Behändigung an die Kranken er anfänglich aus ärztlichen Bedenken verweigerte.

Zu derartigen Kompetenzkonflikten wird es in Zukunft nicht mehr kommen, wenn die oben entwickelten Anschauungen über Ersatzzustellung sich gesetzlich halten lassen. Zwecks Herbeiführung einer diesbezüglichen Entscheidung stelle ich daher, obwohl ein zwingender, äußerer Anlaß augenblicklich nicht gegeben ist, den Antrag, der Verein bayerischer Psychiater solle in der Sache unter ausführlicher Darlegung der Gründe bei dem k. Staatsministerium der Justiz vorstellig werden. (Autoreferat.)

Diskussion: *Vocke* bemerkt, es wäre sehr gut, wenn die Ersatzzustellung approbiert würde bei den wegen Geistesschwäche Entmündigten, hat aber Bedenken, ob nicht unter Umständen eine reaktionäre Vorschrift kommen könnte.

Specht-Erlangen macht darauf aufmerksam, daß es unangänglich ist, auf dem von *Blachian* vorgeschlagenen Wege den Kranken um den Gebrauch der Rechtsmittel der Berufung zu bringen. Die Erwägung, daß es sich dabei in den meisten Fällen doch um aussichtslose Berufungen handle, dürfe hier nicht mitsprechen.

E. Rehm-Neufriedenheim: Wenn der Direktor auf Grund seiner Dienstesanweisung das Recht hat, die Briefe zu öffnen, und damit die Ersatzzustellung für sich in Anspruch nimmt, so geht daraus noch nicht hervor, daß er nun auch das Recht hat, die Zustellung an den Kranken ganz zu unterlassen. Denn damit würde er dem Kranken das Berufungsrecht entziehen. Und letzteres ist auch vom Standpunkte des Arztes aus unzulässig, auch wenn von vornherein keinerlei Erfolg der Berufung in Aussicht steht. Denn für den Arzt ist es vielfach eine Erleichterung, wenn die Berufung durchgeführt wird. Andererseits aber könnten aus der Nichtzustellung für

den Direktor unter Umständen sich bedenkliche zivilrechtliche Folgen ergeben. Es ist daher, sowohl im Interesse des Kranken als des Direktors, entschieden davor zu warnen, die Zustellung eines Entmündigungsbeschlusses an den Kranken zu unterlassen.

Kundt-Deggendorf führt aus, daß mit demselben Recht, mit dem der Anstaltsvorstand die Zustellung ihm übermittelter Beschlüsse an seine Kranken auf Grund seiner Dienstesinstruktion unterläßt, er auch eine Entmündigung theoretisch verhindern könnte, wenn er erklärt, ich lasse den Kranken nicht durch die Gerichtskommission besuchen, obwohl ein Einwand im Sinne der Zivilprozeßordnung nicht vorliegt. Im übrigen hielt er seine beabsichtigten Bemerkungen schon durch die Ausführungen *Specht* und *Rehm* für erledigt.

Blachian betont, es liege ihm ferne, eine Resolution einzubringen, daß dem Kranken das Beschwerderecht genommen werden solle, meint aber, es müsse der Versuch gemacht werden mit der Ersatzzustellung, etwa in Form einer Resolution, daß die Ersatzzustellung gesetzlich für Irrenanstalten festgesetzt werden solle.

Kraepelin betont, daß die Einführung der Ersatzzustellung gewiß zu begrüßen sei, daß aber jede Maßregel vermieden werden müsse, durch die irgendwie die Rechte des Kranken, insbesondere deren Beschwerderecht gegen die Entmündigung, beeinträchtigt werden könnte. Seine Vorschläge gingen dahin, daß die Anstaltsvorstände die Ersatzzustellung in Anspruch nehmen sollen, ähnlich wie das in den Gefängnissen geschieht, und daß in besonderen Fällen dem Gericht Mitteilung gemacht werden solle.

Blachian ist mit dem Vorschlag *Kraepelins* einverstanden.

Ranke-München erwähnt, daß bei ihm die Ersatzzustellung praktisch durchgeführt sei.

Vocke schlägt vor, in dieser Sache zunächst mit den einschlägigen Referenten persönlich in Fühlung zu treten und im nächsten Jahre wieder darüber zu berichten.

Um 4 Uhr nachmittags wird die Vortragsreihe geschlossen.

Vocke überträgt, da er selbst genötigt ist, bereits heute wieder abzureisen, unter Zustimmung der Versammlung den Vorsitz für die morgige Sitzung an *Karrer-Klingenmünster*.

Sitzungsbericht vom 6. Juni 1906.

Die heutige Sitzung findet im Festsale des Bahnhof-Hotels statt. *Karrer* eröffnet um $3\frac{1}{4}$ Uhr vorm. die Sitzung mit Fortsetzung der Vorträge.

Kraepelin: Über hysterische Schwindler.

Vortragender weist auf diejenigen Charakterzüge der Hysterischen hin, die solche Kranke leicht zum Schwindeln verführen, die stark persönliche Färbung ihrer Wahrnehmungen und Erinnerungen, die lebhaft gefühlsbetonte ihrer Vorstellungen und die Beweglichkeit ihres Seelenlebens überhaupt, welche sie augenblicklichen Einflüssen besonders zugänglich macht. Aus

diesem Grunde begegnet uns einmal bei Hysterischen häufig genug die Neigung, ihre Umgebung, besonders auch die Ärzte, zu hintergehen, abenteuerliche Erlebnisse zu erdichten, Krankheitserscheinungen vorzutäuschen; andererseits lassen sich bei den pathologischen Lügnern und Schwindlern so häufig mehr oder weniger ausgesprochene hysterische Störungen auffinden, daß wir darin wohl kein zufälliges Zusammentreffen zu erblicken haben. Unter den von ihm gesammelten Fällen konnte Vortragender folgende Gruppen unterscheiden:

1. Einfache Konfabulanten, wesentlich ohne selbstsüchtige Absichten, Abenteuerer, die unter falschem Namen in der Welt herumreisen, ihre Vergangenheit unter Beibehaltung der gleichen Grundzüge romanhaft ausschmücken und sich ihren Lebensunterhalt durch unregelmäßige aber ehrliche Arbeit verdienen. Die eigentlich hysterischen Zeichen waren hier am schwächsten ausgeprägt; es handelte sich mehr um einfache Psychopathen.

2. Geborene Hochstapler mit hysterischen Störungen. Gewandte Schwindler ohne Neigung oder Befähigung zu ernsthafter Arbeit, deren ganzes Leben nur eine Kette von unaufhörlichen Betrügereien darstellt, die nach Bedarf jeden Augenblick die abenteuerlichsten Erfindungen vorbringen und sich in jeder Lebenslage zurechtfinden; daneben hysterische Stigmata verschiedener Art, auch Anfälle.

3. Krankenhausschwindler, die fast ununterbrochen aus einem Krankenhaus ins andere wandern, irgend ein Leiden zu ihrem Lebensberuf machen und die Ärzte durch die verschiedensten Vorspiegelungen zu täuschen suchen. Hier handelt es sich nur um eine besonders starke Ausbildung von Neigungen, denen wir auch sonst bei Hysterischen begegnen.

4. Triebartige Schwindeleien mit einem gewissen Krankheitsgefühl und der Andeutung von Zustandsschwankungen. Haltlose, prahlerische Psychopathen, die massenhafte, einförmige Betrügereien begehen, dazwischen arbeiten, wenn auch ohne Ausdauer; daneben Schwindelanfälle, gelegentlich unklare Erinnerung: einzelne Stigmata.

5. Schärfer abgegrenzte Dämmerzustände: fließende Übergänge zur vorigen Form. Die Kranken geraten vorübergehend, bisweilen im Anschlusse an äußeren Anlaß, in abenteuerliches Schwindeln und Großtun, vergeuden Geld, reisen zwecklos herum, treten unter falschem Namen auf, bis sie abgefaßt werden; dann Ernüchterung; öfters unklare Erinnerung. Gelegentlich Krampfanfälle und ausgeprägte Dämmerzustände; Stigmata.

Auffallend ist unter den hysterischen Schwindlern die große Zahl der Männer, die sich jedoch wohl nur daraus erklärt, daß die freiere Stellung des Mannes die Ausübung der Schwindeleien in größerem Maßstabe erleichtert; die einfacheren Formen des Krankenhausschwindels sind ja beim weiblichen Geschlechte überaus häufig. Gemeinsam ist allen Formen eine in der Regel ganz gute, oft hervorragende Verstandesbegabung, rasche Auffassungsgabe, Schlagfertigkeit, Lebhaftigkeit der Einbildungskraft, Unzuverlässigkeit der Erinnerung, Labilität der Stimmung, gehobenes Selbstgefühl,

Neigung zum Abenteuerlichen, Theatralischen, Mangel an Ausdauer, Unstetigkeit der Lebensführung. In 13 von 15 Fällen waren Selbstmordversuche zu verzeichnen, die allerdings meist nicht sehr ernsthafter Natur waren, immerhin ein Zeichen für die Beweglichkeit des Stimmungshintergrundes.

Von besonderem Interesse sind die in den beiden letzten Gruppen zu beobachtenden Schwankungen in der Helligkeit des Bewußtseins. Es scheint, daß sich hier alle möglichen Übergänge bis zu den ausgeprägtesten Dämmerzuständen vorfinden. Wir werden dadurch an jene Fälle von jugendlicher Hysterie erinnert, bei denen oft genug Jahr und Tag ein fortdauerndes Schwanken des Zustandes zwischen Klarheit und mehr oder weniger tiefgreifender Bewußtseinstrübung mit triebartigen Erregungen und theatralischen Spielereien beobachtet wird. Auch in den Fällen des Vortr. begann das Schwindeln regelmäßig um das 20. Lebensjahr herum, bald etwas früher, bald etwas später.

Sehr erhebliche diagnostische Schwierigkeiten können in manchen Fällen gegenüber der Epilepsie entstehen: unsere Anschauungen über die Abgrenzung bedürfen hier noch sehr der Klärung durch Sammlung weiterer, über lange Zeiträume sich erstreckender Beobachtungen. Die Verstimmungen der Kranken können ganz an diejenigen der Epileptiker erinnern: nur schienen sie mehr an äußere Anlässe anzuknüpfen und zeigten meist nicht die Regelmäßigkeit der Wiederkehr wie jene. Auch die Dämmerzustände wurden in bemerkenswerter Weise durch äußere Einwirkungen ausgelöst und erschienen zeitlich weniger scharf abgegrenzt, als diejenigen der Epilepsie. Die Bewußtseinstrübung war lange nicht so tief. Das Handeln der Kranken trug meist deutlich den Stempel des Abenteuerlichen; sie zeigten dabei eine weit größere Lebendigkeit, als die in solchen Zuständen wortkargen, verschlossenen Epileptiker, führten irgend eine bestimmte Rolle planmäßig und folgerichtig durch. Endlich war auch bei den Anfällen, die hie und da sogar mit Zungenbiß verliefen, die Abhängigkeit von äußeren Anlässen und eine dadurch bedingte große Unregelmäßigkeit des Auftretens im allgemeinen nicht zu verkennen.

Für die forensische Beurteilung scheint dem Vortr. bei den beiden letzten Gruppen der Nachweis des triebartigen Handelns von besonderer Wichtigkeit, die außerordentliche Häufung der Straftaten zu gewissen Zeiten, ihre Einförmigkeit und ihre Sinnlosigkeit, freilich Eigentümlichkeiten, die sich bisweilen auch bei andersartigen Gewohnheitsverbrechern wiederfinden. Von größter Bedeutung wäre auch in dieser Beziehung die Beantwortung der Frage, ob wir es nicht vielfach mit ausgeprägten Schwankungen in dem Zustande des Bewußtseins zu tun haben. Hier wird voraussichtlich das genauere Studium der jugendlichen Hysterie aufklärend wirken und uns gestatten, einen gesicherteren Standpunkt in der forensischen Beurteilung jener hysterischen Schwindler zu gewinnen, als wir ihn heute noch einzunehmen berechtigt sind.

(Autoreferat.)

Diskussion wird wegen Zeitmangels nicht eröffnet.

Weygandt-Würzburg: Krankenvorstellung.

Vortr. demonstriert eine Reihe von Fällen jugendlichen Schwachsinn:

1. Fall: Hydrocephalie bei einem siebenjährigen Mädchen, das mit 2¹/₂ Jahren bereits 56 cm Kopfumfang hatte und jetzt einen solchen von 58 cm aufweist. Bis zum dritten Jahre traten täglich ein- bis dreimal Krämpfe auf. Die oberen Extremitäten sind ataktisch, die Patellarreflexe etwas erhöht.

2. Fall: Porencephalie mit halbseitiger spastischer Lähmung, epileptischen Anfällen (wovon Othaematome), progressiver Demenz und zeitweiliger Erregung.

3. Fall: Mikrocephalie geringen Grades mit Skelettstörungen: Bein- kontrakturen, spitzwinklig geheilter Unterschenkelfraktur, hochgradiger statischer Skoliose; psychisch tiefer Blödsinn.

4. Fall: Mongolismus mit Zwergwuchs (Körpergröße 131 cm bei einem Alter von 23 Jahren) bei mittlerem Schwachsinn.

5. Fall: Kretinismus, Zwergwuchs (Körpergröße 120 cm mit 25 Jahren), seit vier Jahren unter zeitweisem Thyreoidingebrauch um 6,5 cm gewachsen. Beim Aussetzen des Thyreoidins tritt starkes Myxödem auf, besonders an Nacken, Schultern, Wangen, Kinn, ferner Hängebauch; schreibt ordentlich, liest etwas, kennt Uhr und Geld, rechnet kleine Multiplikationen, dagegen keine Subtraktionen; hilft im Haushalt, hat kindliche Neigungen.

6. Fall: Abortiver Kretinismus. 18 jähriger Geigenmachergehilfe, 143 cm groß, nach sechsmonatiger Thyreoidindarreichung bis zu 149 cm gewachsen: Aussehen blaß (Hämoglobingehalt 80%), Fibrom der Hände, Andeutung von Myxödem, etwas Kretinenphysiognomie, psychische Leistungen normal. (Autoreferat.)

Keine Diskussion.

Alsdann erfolgt die Vorstandswahl, aus welcher hervorgehen: 1. Vorsitzender *Vocke-Eglfing*, 2. Vorsitzender *Alzheimer-München*, 1. Schriftführer *Gaupp-München*, 2. Schriftführer *Brandl-Eglfing*.

Als Ort der nächsten Versammlung wird München gewählt.

Otto Rehm-München: Psychologische Versuche bei manisch-depressivem Irresein.

Nach derselben Methode, mit der *Specht* und *Plaut* Unfallsranke untersucht haben, hat Vortr. Versuche an 34 manisch-depressiven Kranken gemacht. Die Versuchsmethode bestand in fortlaufendem Addieren einstelliger Zahlen; die Dauer des Versuchs betrug zehn Tage lang täglich zehn Minuten. An jedem zweiten Tage wurde eine Pause von fünf Minuten eingeschoben. Zum Vergleich wurde ein Versuchsmaterial von 24 gesunden Personen herangezogen. Das Krankenmaterial bestand aus manischen, depressiven und Mischformen. Die einzelnen Resultate wurden kurvenmäßig aufgezeichnet und demonstriert. Die Leistungen in fünf Minuten sind bei den Kranken etwa ein Drittel geringer als bei den Gesunden; männliche gesunde Versuchspersonen leisten mehr wie weibliche; bei den Kranken ist in dieser Beziehung

kein Unterschied. Die höheren Leistungen ergaben die manischen, die niedrigeren die depressiven Kranken. Die geringsten Leistungswerte liefern die stark gehemmten Depressionen, die Manien mit psychomotorischer Hemmung, ferner die psychomotorisch erregten Depressionen. Die Berechnung des täglichen Übungsfortschritts läßt bei sämtlichen Kranken bis auf einen einzigen ein Zunehmen der Leistungen von Tag zu Tag deutlich werden. Der Übungsfortschritt ist bei den manischen Kranken im allgemeinen ein größerer wie bei den depressiven; die schwer gehemmten Depressionen, die gehemmten Manien und die psychomotorisch erregten Depressionen zeigen sehr geringen Übungsfortschritt. Aus der Untersuchung der Ermüdbarkeit, deren Berechnung auf der Pausenwirkung beruht, geht hervor, daß die Gesunden im Durchschnitt größere Ermüdbarkeit zeigen wie die manisch-depressiven Kranken; im speziellen ist die Ermüdbarkeit der Fälle von psychomotorisch gehemmter Manie eine sehr große. Die Größe des Antriebs, die aus der Differenz der Arbeitsleistung in der ersten und dritten Minute des Versuchs berechnet worden ist, ergibt, daß im Durchschnitt der Antrieb bei Gesunden die doppelte Höhe erreicht wie bei den untersuchten Kranken. Bei den Depressionen ist der Antrieb etwas größer wie bei den Manien. Über einen auf mehr als das Doppelte der anderen manisch-depressiven Kranken gesteigerten Antrieb verfügten die psychomotorisch erregten, deprimierten Kranken. Votr. geht auf eine kurze psychologische Begründung der Resultate ein und zieht Vergleiche mit den Ergebnissen der gleichartigen Untersuchungen *Plauts* an Unfallskranken.

Keine Diskussion.

Plaut-München: Über krankhafte Kaufsucht.

Eine Hysterica, die in der Münchener Psychiatrischen Klinik Aufnahme fand, führte den wirtschaftlichen Ruin ihrer Familie dadurch herbei, daß sie jahrelang in großem Umfang allerlei Waren kaufte, um sie sogleich zu Spottpreisen wieder zu veräußern. Die gekauften Gegenstände wanderten meist direkt von den Lieferanten zu Mittelspersonen zum Weiterverkauf und die hierfür erlösten Summen flossen als Ratenzahlungen sogleich an die Lieferanten zurück, so daß die Kranke weder in den Besitz von Waren noch in den Besitz von Geld gelangte. Es handelt sich demgemäß um planlose Geldumsetzungen, die zu großen Verlusten führen mußten, ohne daß auch nur vorübergehend aus ihnen irgendwelche Vorteile erwuchsen. Die Erklärung für dies eigentümliche Gebahren gab die Kranke selbst; danach waren es die gefährvollen spannenden Situationen, die diese Unternehmungen mit sich brachten, die beständige Angst vor Entdeckung, das Geheime, Verborgene, Abenteuerliche ihres Tuns, das auf die Kranke einen unwiderstehlichen Reiz ausübte. Mithin eine absonderliche Variante der Spielsucht.

Im Anschluß an diesen Fall erörtert Votr. die Bedeutung einer Reihe verwandter Störungen bei Degenerierten. (Autoreferat.)

Der Vortrag erscheint in extenso in der Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform.

Diskussion: *Weygandt*-Würzburg erinnert an den physiologischen Sammeltrieb des Kindesalters. Auch werden Fälle von krankhafter Kauflust während der Gravidität beschrieben. Bei Sammlern ist der stärkste Trieb vielfach auch nicht die Freude am Besitz, sondern am Zusammenbringen. Mancher Sammler hat, nachdem er eine größere Sammlung zusammengebracht, alles wieder verschleudert, um zu einem anderen Gebiet des Sammelns überzugehen.

Kraepelin weist darauf hin, daß im vorliegenden Falle ein Sammeltrieb, die Freude am Besitz, durchaus gar nicht in Frage kam, da die Kranke die gekauften Gegenstände meist gar nicht ansah. Kennzeichnend war ihre Erklärung, daß sie ihre Schulden nicht aus Angst, sondern in dem Wunsche verschwiegen habe, sich die Rückkehr zu ihrem Treiben offen zu halten. Bei den Warenhausdiebinnen, deren forensische Beurteilung neuerdings immer mehr an uns herantritt, liegen die Dinge insofern offenbar wesentlich anders, als hier die Verführung durch die frei daliegenden Waren die Hauptrolle zu spielen scheint.

Um 11 $\frac{1}{4}$ Uhr vormittags schloß *Karrer* die Versammlung mit einem Dank an die Teilnehmer derselben, insbesondere an die Vortragenden.

Nachmittags fanden gemeinsame Ausflüge nach Veitshöchheim und nach Werneck mit Besichtigung der dortigen Kreisirrenanstalt statt.

Brandl, II. Schriftführer.

Kleinere Mitteilungen.

Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, herausgegeben von Ploetz in Verbindung mit Nordenholz, Plate und Thurnwald. Berlin. Verlag der Archivgesellschaft. Jährlich 6 Hefte von je 140—180 S. Preis 20 Mark.

Das Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, welches zu Neujahr 1907 seinen vierten Jahrgang antritt, verdient in psychiatrischen Kreisen die höchste Beachtung. Wir Irrenärzte werden ja tagtäglich in Kontakt gebracht mit den Produkten der psychischen Degeneration des Volkes; unser Beruf drängt uns direkt darauf hin, unser Augenmerk den Erscheinungen der Entartung zuzuwenden, ihren Ursachen und Folgen und auch den Mitteln, Abhilfe zu schaffen. Im engen Rahmen der psychiatrischen Forschung lassen sich aber diese Dinge, welche mit der Frage der Vererbung im innigsten Zusammenhange stehen, nicht genügend studieren. Beobachtungen an andern. Gesellschaften bildenden Lebewesen, Versuche an solchen, welche in einfacheren Verhältnissen leben, historische Nachforschungen müssen herbeigezogen werden, um die äußerst schwierigen aber auch außerordentlich interessanten und wichtigen Probleme unserem Verständnis und einer richtigen Lösung näher zu bringen. Das Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie hat sich zur Aufgabe gemacht, allen diesen Bestrebungen als gemeinsames Forum zu dienen. Das Wesen von Rasse und Gesellschaft und ihr gegenseitiges Verhältnis zu erforschen, die biologischen Bedingungen ihrer Erhaltung und Entwicklung, sowie die grundlegenden Probleme der Entwicklungslehre kennen zu lernen, bezeichnen die Herausgeber als vornehmsten Zweck ihrer Zeitschrift. An derselben arbeiten Mediziner, Juristen, Philosophen und Naturwissenschaftler, und es ist gerade für den Psychiater, welcher bei seiner sonstigen dienstlichen Inanspruchnahme aus der Flut seiner engeren Fachliteratur kaum mehr herauszusehen vermag, ein wahrer Gewinn, von Zeit zu Zeit aus einer wissenschaftlichen Zeitschrift wie der vorliegenden zu entnehmen, wie andere Leute die Fragen in Angriff nehmen und beurteilen, mit denen sich zu beschäftigen ihm Bedürfnis und Pflicht ist.

Unter den Originalarbeiten der beiden letzten Jahrgänge, welche das Interesse des Irrenarztes ganz direkt beanspruchen müssen und die zum Teil

auch Psychiater zu Verfassern haben, hebe ich beispielsweise hervor: *Schallmayer*, Die soziologische Bedeutung des Nachwuchses der Begabteren und die psychische Vererbung; *Diem*, Die psycho-neurotische erbliche Belastung der Geistesgesunden und der Geisteskranken; *Jörger*, Die Familie Zero; *Bolk*, Uneheliche Abkunft und Degeneration; *Drüseke*, Gehirngewicht und Intelligenz; *Claassen*, Die Frage der Entartung der Volksmassen auf Grund der verschiedenen Maßstäbe der Vitalität. — Jedes Heft bringt ferner zum Teil sehr einläßliche kritische Besprechungen von Arbeiten, welche das von der Zeitschrift vertretene Gebiet berühren, sowie kleinere sachbezügliche Notizen, so daß der Leser sicher ist, über alles, was in Rassen- und Gesellschaftsbiologie geschrieben wird, auf dem laufenden erhalten zu bleiben.

Koller.

Langenhagen. — Eine Beobachtungsstation für Geisteskranke in Verbindung mit der Provinzial-Idiotenanstalt Langenhagen bei Hannover ist von der Stadt Hannover eingerichtet worden. Bisher befand sich eine solche Beobachtungsstation im städtischen Krankenhause III. Die neue Beobachtungsstation enthält 50 Krankenbetten. Der ärztliche Dienst wird von den Ärzten der Idiotenanstalt versehen.

Abteilung für Geisteskranke in Militärlazaretten. — Geisteskranke Militärpersonen werden in der Regel unverzüglich in Irrenanstalten übergeführt, wo sie tunlichst bis zu ihrer Entlassung aus dem Heere und der Übernahme seitens ihrer Angehörigen oder Gemeinden usw. verbleiben.

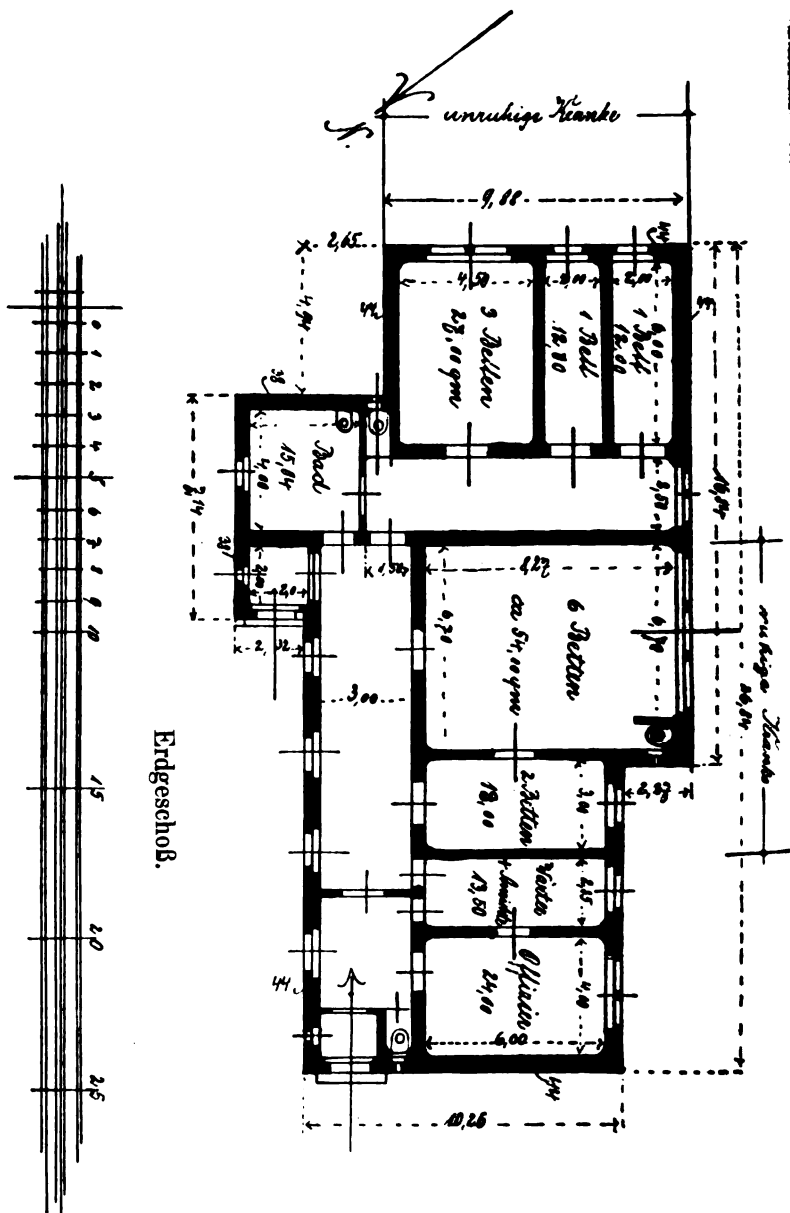
Für besondere Fälle, z. B. bei Verzögerung der Aufnahme der Kranken in eine solche Anstalt, bei voraussichtlich vorübergehenden Erregungs- und Depressionszuständen, oder bei nur vermuteter Geisteskrankheit ist indessen eine zeitweise Behandlung in den Lazaretten nicht zu umgehen.

Die älteren zu diesem Zwecke in den Garnisonlazaretten vorhandenen Räume entsprechen größtenteils nicht den modernen psychiatrischen Grundsätzen, sie bedürfen vielmehr einer wohllicheren Einrichtung, insbesondere muß der ihnen noch vielfach anhaftende zellenartige Charakter beseitigt werden.

Die hierzu erforderlichen Maßnahmen sollen zunächst in etwa 125 Lazaretten des Reichs ausgeführt werden.

Ferner ist beabsichtigt, in mehreren größeren Garnisonen — möglichst am Sitze des Generalkommandos — besondere Stationen für etwa je 12 Geisteskranke aus den nächstgelegenen Korpsbezirken zu errichten und sie der Leitung psychiatrisch besonders vorgebildeter Sanitätsoffiziere zu unterstellen. Auch das Pflegepersonal wird vorher in Irrenanstalten ausgebildet werden.

Zunächst ist die Einrichtung von zwei besonderen Geisteskrankenstationen — je eine im Osten und Westen des Reichs in Angriff genommen.



Die erste derselben wird auf dem Grundstück des Garnisonlazarets in Posen neu erbaut. Der in der Ausführung begriffene massive eingeschossige Neubau enthält entsprechend der beigefügten Grundrißskizze

a) für ruhige Kranke

1 Krankenstube mit 6 Betten und Klosett

1 " " 2 "

1 gemeinsamen Tageraum mit Windfang als Gartenausgang

1 Offiziers-Krankenstube mit kleinem Tageraum, Windfang als Gartenausgang und Klosett;

b) für unruhige Kranke

2 Krankenstuben für je 1 Bett

1 " " 3 Betten

1 Tageraum und Klosett;

c) für beide Abteilungen gemeinsam

1 Baderaum mit Klosett, 1 Wärterstube.

Die zweite Station wird im Garnisonlazarett Straßburg i. E. — im ersten Obergeschoß des westlichen Flügels im Gebäude D — unter Verwendung verfügbarer Krankenstuben für 11 Betten, im übrigen wie in der vorbezeichneten Skizze angedeutet, eingerichtet,

Die erforderlichen Geldmittel sind zum Teil bereits durch den Etat für 1906 bewilligt; der Rest wird durch die Etats für 1907 und folgende Jahre gefordert werden.

Eine dritte Station soll in dem gleichen Umfange wie die in Posen mit dem geplanten Neubau eines Garnisonlazarets in Magdeburg errichtet werden.

Es besteht die Absicht, auch künftig bei Neubauten großer Lazarette solche Sonderstationen zu errichten.

Tabellen zum Vortrag des Herrn Dir. Dr. *Vocke-Eglfing*:
Über die Lage des irrenärztlichen Standes (s. dieses Heft S. 873).

Tabelle I enthält die Gehaltsregulative der Oberärzte nebst einer Zusammenstellung der Gehaltssummen in 16 Dienstjahren und des durchschnittlichen Jahresbezuges während dieser Zeit.

Tabelle II gibt dieselbe Zusammenstellung für die Direktoren.

Für die Provinzen Sachsen, Hessen und Holstein liegen mir Angaben über die Art der Dienstalterszulagen nicht vor.

Der Kreis Oberbayern hat im Prinzip für die zwei Anstaltsdirektoren dasselbe Gehalt normiert wie die fünf Kreise Bayerns sub Nr. 18; die derzeitigen Direktoren sind jedoch für ihre Person im fünften Dienstjahre in die Regektivklasse II bzw. III eingereiht worden.

Tabelle III zeigt die ungleiche Zunahme im Krankenstand, im ärztlichen Personal und den Ausgaben für dieses seit 25 Jahren im Königreich Bayern.

Tabelle IV bringt eine Zusammenstellung der Ausgaben an Gehältern und Pensionen für Ärzte seitens der einzelnen Kreis-Irrenanstalten Bayerns in den letzten 25 Jahren.

Tabelle V gibt eine Übersicht über die Verteilung der ausbezahlten Pensionssummen auf Direktoren, Oberärzte und Assistenzärzte einerseits, Ärzte, Witwen und Waisen anderseits.

Da die Anstaltsärzte stets dekretmäßige Nebenbezüge haben, beträgt ihre Pension im ersten Dienstesdezennium 80, ab zweitem Dezennium 90% des Bargehaltes in Bayern.

In den preussischen Anstalten hat der Arzt nach zehn Dienstjahren Anspruch auf eine Pension im Betrage von $\frac{15}{60}$ seines Einkommens. Die Pension steigt mit jedem weiteren Dienstjahr um $\frac{1}{60}$ bis auf $\frac{45}{60}$ des Gehalts nach 40 Dienstjahren. Hierbei wird aber meist die gesamte in Kliniken, Krankenhäusern, pathologisch-anatomischen Instituten und beim Militär als Arzt verbrachte Dienstzeit angerechnet; außerdem wird die Pension aus Gehalt und Nebenbezug berechnet. Z. B. es ginge in Provinz Brandenburg ein Direktor mit einer Gesamtdienstzeit von 35 Jahren, wovon 21 Jahre als Direktor, in Pension. Sein Gehalt beträgt 8400 M., der pensionsfähige Anschlag seiner Nebenbezüge 1200 M. Seine Pension berechnet sich nun auf

$$\frac{40}{60} \cdot (8400 + 1200) = \frac{4}{6} \cdot 9600 = 6400 \text{ M.}$$

oder 76,2% des zuletzt bezogenen Bargehaltes — gegen 90% in Bayern.

Die Witwen erhalten in allen Fällen 40% der Pension des Mannes. sei es, daß er in Aktivität oder im Ruhestande gestorben ist; einfache Waisen $\frac{1}{5}$, Doppelwaisen $\frac{1}{3}$ der Witwenpension.

Im vorliegenden Beispiel erhielte somit nach dem Tode des Ehemannes die Witwe $\frac{40}{100} \cdot 6400 = 2560 \text{ M.} = 40\%$ der Pension $= 30\%$ des letzten Aktivitätsgehaltes; in Bayern erhält die Witwe nur 20% der Pension bzw. 20% des letzten Aktivitätsgehaltes, je nachdem der Ehemann im Pensionsstande bzw. in Aktivität stirbt.

N.	Bezirk	Anfangs- gehalt		Maximal- gehalt		Dienstalterszulagen	Pensions- fähige Zulagen für I. Ober- ärzte	Summe d. Gehalts- bezüge in 16 Dienst- jahren als Oberarzt		Durchschnittliches jährliches Einkommen in 16 Dienstjahren, wovon die Hälfte der Jahre als I. Oberärzte
		M.	M.	M.	ab ? Dienst- jahren			M.	M.	
1	Staat Hamburg	7200	9000	13	4 jährig; 3 à 600 M.		—	129 600	8100	
2	Stadt Berlin	5000	?	?	1 mal 4 jähr.; dann 6 jähr. à 500 M.		1000	89 000	5562 bzw. 6062	
3	„ Leipzig	5200	6700	16	3 jährig; 5 à 300 M.		—	93 700	5856	
4	Prov. Brandenburg . .	4300	5900	13	3 jährig; 4 à 400 M.		500	82 400	5180 bzw. 5430	
5	„ Rheinland	4200	5400	13	2 jährig; 6 à 200 M.		—	78 000	4875	
6	„ Westfalen	4200	5400	13	3 jährig; 4 à 300 M.		—	77 400	4838	
7	„ Hannover	4000	5400	16	3 jährig; 4 à 300, 1 à 200 M.		—	74 400	4650	
8	„ Ostpreußen	3500	5500	13	3 jährig; 4 à 500 M.		—	73 000	4562	
9	Kreis Oberbayern . . .	4080	5160	ab 16	5 jährig; 3 à 360, dann à 180 M.		—	71 760	4485	
10	Prov. Schlesien	3600	6000	19	3 jährig; 6 à 400 M.		—	71 600	4475	
11	„ Pommern	3000	6000	22	3 jährig; 2 à 500, 5 à 400 M.		600	64 300	4014 bzw. 4314	
12	Kreis Schwaben	3720	4800	ab 16	wie Oberbayern		—	66 000	4125	
13	Prov. Posen	3300	5400	22	3 jährig; 7 à 300 M.		—	63 300	3956	
14	„ Westpreußen	3000	5000	16	3 jährig; 5 à 400 M.		600	62 000	3875 bzw. 4175	
15	Kgr. Württemberg . .	3000	4600	13	3 jährig; 4 à 400 M.		—	61 600	3850	
16	Kreis Pfalz, Nieder- bayern, Mittel- und Unterfranken	3180	4260	ab 16	wie Oberbayern		in Erlangen 180	57 360	3585	
17	Kreis Oberpfalz	3000	3900	ab 16	1 mal 360 M. nach 3 Jahren, dann 180 M. n. 5, 10, 15, 20 Dienstjahren		—	53 920	3495	
18	Kreis Oberfranken . .	2820	3540	ab 16	je 180 M. nach 3, 5, 10, 16, 20 Dienst- jahren		—	50 700	3169	

Nr.	Bezirk	Anfangs- gehalt M.	Maximalgehalt		Dienstalterszulagen	Summe der Bezüge in 21 Dienst- jahren als Direktor M.	Durchschnitt- liches Jahresgehalt in 21 Dienst- jahren als Direktor M.	Bemerkungen
			M.	ab ? Dienst- jahren				
1	Stadt Leipzig	12 000		—	ohne	252 000	12 000	
2	Staat Hamburg.....	11 000		—	ohne	231 000	11 000	
3	Stadt Berlin	10 000		—	?	210 000	10 000	
4	Kgr. Sachsen (jetzt)	7200	9600	unbestimmt	nach Fügigkeit	176 400	8 400	
5	Prov. Sachsen.....	6000	9000	?	?	ca. 162 300	ca. 7 730	
6	" Brandenburg.....	6000	8400	13	3jährig; 4 à 600 M.	158 400	7 543	
7	" Rheinland.....	5000	9000	17	2jährig; 8 à 500 M.	153 000	7 286	
8	Kgr. Sachsen (bisher)	6000	8400	unbestimmt	nach Fügigkeit	151 200	7 200	
9	Prov. Posen	5400	9000	19	3jährig; 6 à 600 M.	151 200	7 200	
10	" Hannover	6000	7500	10	3jährig; 3 à 500 M.	148 500	7 071	
11	" Hessen	5600	8000	?	?	ca. 147 000	ca. 7 000	
12	" Ostpreußen.....	5000	8000	13	3jährig; 4 à 750 M.	145 500	6 930	
13	" Pommern, Schlesien	5200	8500	19	3jährig; 3 à 600, 3 à 500 M.	145 200	6 914	
14	" Westfalen.....	5000	8000	16	3jährig; 5 à 600 M.	141 000	6 714	
15	" Holstein	5500	7500	?	?	ca. 140 700	ca. 6 700	
16	Kgr. Wittenberg	5400	7000	16	3jährig; 4 à 300, 1 à 400 M.	132 000	6 286	
17	Kreis Pfalz	5360	6620	ab 21		124 620	5 934	
18	5 Kreise Bayerns.....	4920	6180	ab 21	5jährig; 3 à 360 M. dann à 180 M.	115 380	5 494	
19	Deggendorf (N.B.)	4080	5340	ab 21		97 740	4 654	

Tabelle III.

Krankenzahl, Ärztezah

und

Ausgaben für Ärzte in den Jahren 1880 und 1905.

Es betrug	im Jahre 1880	im Jahre 1905	Gegen 1880 demnach in Prozenten		Bemerkungen
			Mehrung	Minde- rung	
die Krankenzahl in allen bayer. Kreisanstalten	3 151	7 506	138	—	
die Zahl der Aufnahmen.....	1 029	2 500	143	—	
die Summe aller Verpflegten im Jahr.....	4 180	10 006	139	—	
die Zahl der Direktoren	8	10	25	—	
- „ „ Oberärzte	7	14	100	—	
- „ „ Assistenzärzte ..	15	40	167	—	
die Zahl aller Ärzte.....	30	64	113	—	
die Summe der jährlichen Aus- gaben für Ärzte	M. 114 600	M. 171 400	50	—	
demnach die Ausgabe für 1 Arzt jährlich	3 820	2 680	—	30	
für 1 Kranken des Durch- schnittsstandes jährlich	36,37	22,83	—	37,2	
für 1 Kopf aller Verpflegten .	27,41	17,14	—	38	

Tabelle IV.

Ausgaben der bayerischen Kreis-Irrenanstalten für Ärztegehälter und Pensionen an Ärzte und Relikten von Ärzten in den Jahren 1881—1905.

Name der Anstalt	Summa der Gehälter an Ärzte		Anschlag der Nebenbezüge der Ärzte		Gesamt- aufwand für Ärzte		Pensionen an Ärzte und Hinterbliebene von Ärzten		Bemerkungen
	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	
München-Egling ...	403 179	3	117 150	—	520 329	3	29 238	19	Als Anschlag für Nebenbezüge wurden für sämtliche Anstalten die gleichen Werte in Anrechnung gebracht, und zwar: 900 M. für Wohnung, Beheizung usw. bei den Direktorstellen; 600 M. für desgleichen bei den Oberarztstellen; 400 M. für desgleichen bei den verheirateten Assistenzärzten; 900 M. für freie Station I. Klasse der ledigen Assistenzärzte; 300 M. für freie Station I. Kl. exkl. Kost d. ledig. Assistenzärzte; 600 M. für freie Verköstigung der ledigen Assistenzärzte.
Gabarsee.....	226 681	78	58 400	—	284 981	78	4 725	—	
Deggendorf.....	239 358	—	50 000	—	289 358	—	3 511	—	
Klingenuinster	337 235	33	85 500	—	422 735	33	57 396	83	
Karhaus-Prill	254 204	37	59 400	—	313 604	37	72 461	18	
Bayreuth.....	298 829	22	69 450	—	368 279	22	20 370	—	
Erlangen.....	390 414	1	94 600	—	485 014	1	26 409	20	
Werneck	348 899	10	49 500	—	398 399	10	26 744	50	
Kaufbeuren-Irsee...	467 912	10	68 700	—	536 612	10	21 307	39	
	2 966 612	94	652 700	—	3 619 312	94	262 163	29	

Tabelle V.

Verteilung der 1881—1905 von bayerischen Kreis-Irrenanstalten ausbezahlten Pensionen an Ärzte, ärztliche Re-
likten nach dem Stande der Empfänger.

Stand der Pensionisten	Zahl der Pensionisten	Pensionsdauer		Summa der Pensionsbeträge		Prozent der Gesamtpensionen	Bemerkungen
		Jahre	Monate	M.	Pf.		
Direktoren	6	14	11	67 852	32	26	
Direktors-Witwen	10	133	4	150 605	80	57,4	
Direktors-Waisen	9	38	6	7 204	60	2,7	
Summa	25	186	9	225 662	72	86,1	
Oberärzte	2	5	9	15 694	—	6	
Oberarzt-Witwen	2	17	6	10 244	—	3,9	
Oberarzt-Waisen	3	5	4	1 025	7	0,4	
Summa	7	28	7	26 963	7	10,3	
Assistenzärzte	1	—	11	1 809	50	0,6	
Assistenzarzt-Witwen ..	1	14	—	7 728	—	3,0	
Summa	2	14	11	9 537	50	3,6	
Total-Summa	34	230	3	262 163	29	100	
Ärzte	9	21	7	85 355	82	32,6	
Witwen	13	164	10	168 577	80	64,3	
Waisen	12	43	10	8 229	67	3,1	
Summa	34	230	3	262 163	29	100	

Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 26. u. 27. April 1907 in Frankfurt a. M. und Gießen stattfinden. Es sind folgende Referate vorgesehen: 1. Die Gruppierung der Epilepsie; Ref.: *Alzheimer*-München und *Vogt*-Langenhagen. 2. Der ärztliche Nachwuchs für psychiatrische Anstalten; Ref.: *Siemens*-Lauenburg. 3. Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung; Ref.: *Kluge*-Potsdam (im Auftrag der Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge). — An Vorträgen sind bisher angemeldet: 1. *Hübner*-Bonn: Über Geistesstörungen

im Greisenalter. 2. *Sioli*-Frankfurt a. M.: Die Beobachtungsabteilung für Jugendliche bei der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. 3. *Geck*-Frankfurt a. M.: Die Grundlagen der Trunksucht. 4. *Knapp*-Halle: Körperliche Erscheinungen bei funktionellen Psychosen. 5. *E. Meyer*-Königsberg: Untersuchungen des Nervensystems Syphilitischer. 6. *H. Liepmann*-Berlin: Beiträge zur Aphasie- und Apraxie-Lehre. — Weitere Anmeldungen werden erbeten an San.-R. Dr. *Hans Laehr* in Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerhof.

Die endgültige Einladung erfolgt Ende März.

Die Heinrich Laehr-Stiftung hat durch Allerhöchsten Erlaß vom 23. April 1906 die landesherrliche Genehmigung erhalten. Damit ist für spätere Jahre die Möglichkeit gesichert, psychiatrische Bestrebungen wissenschaftlicher und praktischer Art durch reichlichere Geldmittel zu unterstützen, als bisher dem Deutschen Verein für Psychiatrie zur Verfügung standen. Dies ist zunächst freilich nur eine Anweisung auf die Zukunft, aber der Eintritt jener erfreulichen Wendung kann beschleunigt werden. Die Unterzeichneten, welche in der letzten Vorstandssitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie mit der Verwaltung der Stiftung betraut worden sind, halten daher die Zeit für gekommen, den Kollegen eine Übersicht über den jetzigen Stand der Angelegenheit zu geben.

Die Stiftungsurkunde lautet wörtlich:

1. Zum Andenken an mein 60jähriges Doktorjubiläum und das 50jährige Bestehen meiner Heilanstalt will ich, Geh. Sanitätsrat Professor Dr. Heinrich Laehr in Zehlendorf, hiermit eine selbständige, rechtsfähige Stiftung errichten und diese mit einem Kapitale von 50000 M. ausstatten, welches ich in mündelsicheren Papieren den Stiftungsorganen binnen einem Monat nach erhaltener staatlicher Genehmigung auszuzahlen verspreche. Die Stiftung soll den Namen „Heinrich Laehr-Stiftung“ führen und ihren Sitz in Berlin haben.

2. Die Stiftung soll den Zweck haben, die Bestrebungen zur Förderung der Psychiatrie nach ihren wissenschaftlichen und praktischen Seiten hin durch Gewährung von Geldmitteln zu unterstützen. Sie soll insbesondere Preisaufgaben stellen, durch Preise bereits erschienene Arbeiten auszeichnen, Gelder zu Studienreisen bewilligen, zur Anstellung kostspieliger, wissenschaftlicher oder praktischer Untersuchungen oder für die Herausgabe kostspieliger Werke Beihilfe gewähren, durch öffentliche Vorträge, durch die Tagespresse zur Aufklärung in den breiten Schichten der Bevölkerung beitragen und Vorurteile beseitigen helfen, sowie der Gesetzgebung durch Arbeiten aus fachärztlichen und juristischen Kreisen zu Hilfe kommen.

3. In welcher Weise dieser Zweck im einzelnen zu erreichen ist, ist dem Vorstande der Stiftung zu bestimmen überlassen. Die Stiftung soll befugt sein, anderweite Kapitalszuwendungen anzunehmen und dadurch ihr Vermögen zu vergrößern.

4. Die Zinsen dürfen nicht eher verausgabt werden, als bis das Kapital die Summe von 100000 M. erreicht hat. Auch später dürfen nur die Zinsen des Kapitals und der über 100000 M. hinausgehenden Kapitalsbeträge verwendet werden.

5. Die Bewilligung von Ausgaben geschieht durch den Vorstand der Stiftung. Die nicht in einem Jahre verwendeten Zinsen werden zum Kapitale zugeschlagen, können aber auch später noch Verwendung für Stiftungszwecke finden.

6. Der Vorstand der Stiftung soll aus 3 Personen bestehen, deren eine ich auf Lebenszeit sein soll. Die übrigen und nach meinem Tode sämtliche Vorstandsmitglieder werden, und zwar auf 5 Jahre, aus der Zahl der Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie durch dessen Vorstand gewählt. Die Aufsicht über die Stiftung soll unbeschadet des staatlichen Aufsichtsrechtes der Deutsche Verein für Psychiatrie führen, sobald er die Rechtsfähigkeit als eingetragener Verein erlangt hat.

7. Der Vorstand der Stiftung legt dem Vorstände des Deutschen Vereins für Psychiatrie alljährlich Rechnung ab. Letzterer erstattet sodann der Jahresversammlung dieses Vereins über den Stand der Stiftung und über Verwendung der verausgabten Summe Bericht, wonach die Jahresversammlung die Entlastung zu beschließen hat.

8. Bei Auflösung des Deutschen Vereins für Psychiatrie gehen die Befugnisse der Vereinsmitglieder und seines Vorstandes auf die Mitglieder und den Vorstand eines anderen Vereins über, der gleichen oder einen ähnlichen Zweck verfolgt, und der vom Vorstände des Deutschen Vereins für Psychiatrie vor dessen Auflösung zu bestimmen ist. Erfolgt eine solche Bestimmung nicht, so erfolgt sie durch die staatliche Aufsichtsbehörde.

9. Das Stiftungskapital und etwa ihm zuwachsende Gelder müssen stets in mündelsicheren Papieren angelegt sein.

Zehlendorf, den 18. Oktober 1904.

Prof. Dr. Heinrich Laehr,
Geh. Sanitätsrat.

Zu den in dieser Urkunde festgesetzten 50 000 M. kamen noch 2435 M. bar und 5000 M. in 3% preuß. Konsols aus der Kasse des Deutschen Vereins für Psychiatrie, da dieser bereits im April 1904 5000 M. und im April 1905 und 1906 je 1000 M. für die Stiftung bewilligt hatte und diese Summen inzwischen zinstragend angelegt waren. So konnten denn am 20. November 1906 in das Preußische Staatsschuldbuch

53 000 M. 3½% preuß. Konsols¹⁾ und

5 000 „ 3 „ „ „

als Buchschuld zugunsten der Heinrich Laehr-Stiftung eingetragen werden.

¹⁾ Der Stiftungsvorstand hatte übernommen 52 435,— M.

Es wurden gekauft 53 000 M. 3½% preuß. Konsols für. 52 380,85 „

bleiben übrig: 54,15 M.

Bleibt es bei dieser Summe, so wird in etwa 20 Jahren das Kapital der Stiftung auf 100 000 M. angewachsen sein und damit die Zinsen frei verwendbar werden. Die Karenzzeit würde sich auf etwa 13 Jahre verringern, wenn der Deutsche Verein für Psychiatrie auch fernerhin jährlich 1000 M. für die Stiftung bewilligen sollte. Um aber früher die für viele Zwecke sehr erwünschte Hilfe gewähren zu können, bedarf die Stiftung weiterer Unterstützung, und wir hoffen, daß sich unter den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie Förderer des gemeinnützigen Unternehmens finden werden. In diesem Zutrauen wissen wir uns eins mit dem verstorbenen Urheber der Stiftung, denn dieser betrachtete seinen Beitrag nur als den ersten und rechnete mit Sicherheit darauf, daß seinem Vorgang viele Kollegen je nach ihrem Vermögen folgen würden. Er hoffte sogar, daß auch aus nicht-psychiatrischen Kreisen Beiträge einem so segensreichen Zwecke zufließen würden.

Beiträge für die Heinrich Laehr-Stiftung bitten wir an Herrn Bankier Herrn. Paasch, Berlin C., Poststraße 31, zu senden, der sich zu ihrer Annahme freundlichst bereit erklärt hat.

Der Vorstand der Heinrich Laehr-Stiftung.

Moeli.

Siemens.

Hans Laehr.

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.

Dem Verein sind beigetreten:

die Bezirksanstalt zu Rufach, Oberelsaß und
die Landesheilanstalt in Kremsier, Mähren.

Dagegen ist in dem kürzlich versandten Verzeichnis fälschlich die Anstalt Meerenberg in Holland beibehalten worden; nach Mitteilung der dortigen Direktion war der frühere Anstaltsdirektor nur für seine Person dem Verein beigetreten.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Franz Meschede-Königsberg*, Geh. Med.-Rat u. Prof., feierte am 21. Nov. sein 50jähriges Doktorjubiläum.

Dr. *Ernst Meyer-Königsberg*, bisher ao. Prof., ist ord. Prof.,

Dr. *Alois Alzheimer*, Priv.-Doz., ist Oberarzt an der Psychiatr. Klinik zu München geworden.

Dr. *Berth. Pfeifer*, 1. Ass.-Arzt der psychiatr. Klinik zu Halle, hat sich als Priv.-Doz. habilitiert.

- Dr. *Em. Mendel*, Prof., Berlin-Pankow, hat den Titel Geh. Med.-Rat,
 Dr. *Ad. Knecht*, Dir. d. Prov.-Anstalt Ückermünde: Geh. San.-Rat,
 Dr. *Gust. Rabbas*, Dir. d. Prov.-Anstalt Neustadt W.-Pr.,
 Dr. *Bernh. Schauen*, Dir. d. Prov.-Anstalt Schwetz W.-Pr., und
 Dr. *Adolf Schreiber*, Oberarzt d. Prov.-Anstalt Düren haben den Titel Sanitätsrat,
 Dr. *Herm. Determann*, Priv.-Doz., dir. Arzt des Kurhauses St. Blasien, den Titel Hofrat erhalten.
 Dr. *Jul. Räche*, Priv.-Doz., Oberarzt d. Psychiatr. Klinik zu Kiel ist das Prädikat Professor beigelegt worden.
 Dr. *Art. Brückner*, Geh. San.-Rat, Dir. d. Prov.-Anstalt Kreuzburg O.-Schl., hat den preuß. Kronenorden 3. Kl. erhalten.
 Dr. *Paul Flechsig*, o. Prof., Dir. der Irren- und Nervenlinik zu Leipzig, ist zum Mitglied des Conseil d'administration de l'Institut psychologique in Paris erwählt worden.
-
-

Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie. E. V.

Vorstand:

- Geh. Med.-R. Prof. Dr. **C. Moell**, städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg bei Berlin, Vorsitzender.
Geh. Med.-R. Dr. **Fr. Siemens**, Dir. d. Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
Schatzmeister.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Ed. Hitzig**, Halle a. S., Wilhelmstr. 8.
Hofrat Prof. Dr. **Em. Kraepelin**, München, Psychiatr. Klinik.
Med.-R. Dr. **H. Kreuser**, Dir. d. Landesanstalt Winnental zu Winnenden (Württ.).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **C. Pelman**, Bonn a. Rh., Kaufmannstr. 83.
San.-R. Dr. **Hans Laehr**, Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn, ständ. Schriftführer.
-

- Dr. **C. G. Ackermann**, Oberarzt, Landesanstalt Sonnenstein bei Pirna (Kgr. Sachsen).
Dr. **Adams**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Johannisthal bei Süchteln, Rheinprovinz.
San.-R., Dr. **Adler**, 2. Arzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **P. Albrecht**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. d. Rega.
Prof. Dr. **K. Alt**, Dir. d. Prov.-Anstalt Uchtspringe (Altmark).
Geh. San.-R. Dr. **W. Alter**, Dir. d. Prov.-Anstalt Leubus (Schlesien).
Priv.-Doz. Dr. **Al. Alzhelmer**, Oberarzt, Psychiatr. Klinik zu München.
Dr. **F. Angerer**, Wien III, Heilanstalt Svetlin, Leonhardgasse.
Prof. Dr. **G. Anton**, Psychiatr. Klinik zu Halle a. S.
Dr. **O. Arnemann**, Landesanstalt Groß-Schweidnitz, Kgr. Sachsen.
Prof. Dr. **G. Aschaffenburg**, Köln a. Rh., Mozartstraße 11.
Dr. **B. Ascher**, Berlin W., Jägerstr. 18¹¹.
Dr. **Fr. Ast**, Assist.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing bei München.
Dr. **Backenköhler**, Dir. d. Prov.-Anstalt Aplerbeck (Westfalen).
Geh. Med.-R. Dr. **A. Baer**, Berlin NW., Rathenowerstr. 5.
Med.-R. Dr. **Barbo**, Oberarzt, Landesanstalt Pforzheim.
San.-R. Dr. **Jul. Bartels**, Hameln in Hannover.
Dr. **Bauer**, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).

Hofrat Dr. **Beckh**, Nürnberg.

San.-R. Dr. **Th. Benda**, Berlin W., Dörnbergstr. 1¹¹.

Stabsarzt Dr. **Benneke**, Dresden, Königsbrückenstr. 2¹¹.

Prof. Dr. **Berger**, Jena, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Bernard**, dir. Arzt, Godesberg a. Rh., Haus Godeshöhe.

Dr. **Ernst Beyer**, dir. Arzt, Volksheilstätte Roderbirken bei Leichlingen, Rheinprovinz.

Dr. **Bieberbach**, Dir., Landesanstalt Heppenheim a. B. (Großh. Hessen).

Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Binswanger**, Jena, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Blachian**, Oberarzt, Kreisanstalt Werneck, Unterfranken.

Dr. **Ad. Blitz**, Pankow b. Berlin, Parksanatorium.

Dr. **von Blomberg**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Dziekanka bei Gnesen.

Dr. **Bockhorn**, Oberarzt, Landesanstalt Uchtspringe (Altmark).

Dr. **Ernst Boeck**, Dir., Landesanstalt Troppau (Österr. Schlesien).

Dr. **Boedeker**, dir. Arzt, Priv.-Anstalt Fichtenhof zu Schlachtensee b. Berlin.

Med.-R. Dr. **Boehme**, Dir., Landesanstalt Hochweitzschen b. Klosterbuch (Kgr. Sachsen).

Dr. **Boehnig**, Nervenarzt, Dresden, Hauptstraße 36¹¹.

Dr. **Boettcher**, Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).

Dr. **Bolte**, Oberarzt, St. Jürgenasyll zu Ellen bei Bremen.

Prof. Dr. **Bonhöffer**, Breslau, Psychiatr. Klinik.

Med.-R. Dr. **Borell**, bisher Lindach bei Nordrach (Baden).

Dr. **Bothe**, Dresden, Tieckstr.

Dr. **Brackmann**, Oberarzt an der Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).

Dr. **K. Brandl**, Assist.-Arzt an der Kreisanstalt Eglfing b. München.

Dr. **Braune**, Oberarzt a. d. Prov.-Anstalt Schwetz a. Weichsel.

Dr. **Bresler**, Oberarzt a. d. Prov.-Anstalt Lublinitz (O.-Schl.).

Dr. **Brodmann**, Nervenarzt, Berlin W., Magdeburgerstr. 16¹.

Dr. **C. M. Brosius**, Sayn b. Engers a. Rh.

Dr. **Walter Brosius**, Nervenarzt, Saarbrücken (Lothr.).

Geh. San.-R. Dr. **Art. Brückner**, Dir. d. Prov.-Anstalt Kreuzburg (O.-Schl.).

Dr. **E. Brückner**, Ass.-Arzt d. staatl. Anstalt Langenhorn b. Hamburg.

Dr. **Gustav Brunner**, Priv.-Anstalt Neuemühle b. Kassel.

Dr. **Otto Brunner**, Priv.-Anstalt Neuemühle b. Kassel.

Prof. Dr. **Bruns**, Nervenarzt, Hannover, Lowesstr. 6.

Prof. Dr. **Buchholz**, Oberarzt d. staatl. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.

Dr. **von Buchka**, Oberarzt, Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sachsen).

Dr. **Friedr. Buddeberg**, Dir. d. Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).

Dr. **Buder**, Oberarzt a. d. Landesanstalt Winnental b. Winnenden (Württ.).

Priv.-Doz. Dr. **Bumke**, Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.

Dr. **Buttenberg**, Dir. d. Prov.-Anstalt Freiburg (Schlesien).

Dr. **Campbell**, Assist.-Arzt, Leipzig, Psychiatr. Klinik.

Med.-R. Dr. **Camerer**, Referent d. Med.-Koll. zu Stuttgart.

Dr. **W. Caselmann**, Assist.-Arzt, Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).

- Dr. **Carl Christopf**, Prov.-Anstalt Obrawalde b. Meseritz (Posen).
 Dr. **W. Cimbäl**, Altona, städt. Krankenhaus.
 Dr. **Claren**, Kreisarzt, Crefeld.
 Dr. **Colla**, Nervenheilanstalt Buchheide b. Finkenwalde (Pommern).
 Prof. Dr. **Aug. Cramer**, Göttingen, Psychiatr. Klinik.
 Dr. **Max Cramer**, Assist.-Arzt, staatl. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
 Dr. **Jul. Dalber**, Oberarzt, Staatsanstalt Weinsberg (Württ.)
 Dr. **Damköhler**, 2. Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
 Priv.-Doz. Dr. **Dannemann**, Oberarzt, Gießen, Psychiatr. Klinik.
 Dr. **Dees**, Dir. d. Kreisanstalt Gabersee, O.-Bayern.
 Dr. **Degenkolb**, Oberarzt, Landesanstalt Roda S.-A.
 Dr. **Heinr. Dehio**, Oberarzt, städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
 Dr. **Delters**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Grafenberg b. Düsseldorf.
 Dr. **Delbrück**, Dir. d. St. Jürgenasyls zu Ellen b. Bremen.
 Dr. **Deutsch**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg in Pommern.
 Dr. **Dieckhoff**, Nervenheilanstalt Streitherg, Oberfranken.
 Dr. **Dletz**, Oberarzt, Philippshospital zu Goddellau, Großh. Hessen.
 Dr. **Dinter**, Oberarzt, Prov.-Heilanstalt Brieg in Schlesien.
 Geh. San.-R. Dr. **Dittmar**, Dir. d. Bezirksanstalt Saargemünd (Lothr.).
 San.-R. Dr. **Dluhosch**, Dir. d. Prov.-Anstalt Kosten (Prov. Posen).
 Med.-R. Dr. **O. Dörrenberg**, Kreisarzt, Soest (Westf.).
 Dr. **Dornblüth**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Bockenheimer Anlage 2.
 Dr. **Dubbers**, Dir. d. Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.
 Prof. Dr. **Eckhardt**, Kiew, Rußland.
 Dr. **C. Economo**, 2. Psychiatr. Klinik im Allg. Krankenhaus zu Wien.
 San.-R. Dr. **C. Edel**, Dir. d. Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berlinerstr. 17—19.
 Dr. **Max Edel**, Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berlinerstr. 17—19.
 Prof. Dr. **Edinger**, Frankfurt a. M., Leerbachstr. 27.
 San.-R. Dr. **von Ehrenwall**, Dir. d. Priv.-Anstalt Ahrweiler (Rheinpr.).
 Dr. **Alfr. Ehrhardt**, Priv.-Anstalt Karlshof zu Rastenburg O.-Pr.
 Dr. **R. Ehrhardt**, Oberarzt, Staatsanstalt Winnental b. Winnenden (Württ.).
 Dr. **Encke**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
 Dr. **H. Engelken**, Dir. d. Priv.-Anstalt Rockwinkel, Oberneuland b. Bremen.
 Dr. **H. Engelken**, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Altscherbitz bei Schkenditz
 (Prov. Sachsen).
 Dr. **Fr. Erck**, Landesanstalt Weilmünster (Nassau).
 Geh. San.-R. Dr. **Erlenmeyer**, Dir. d. Priv.-Anstalt Bendorf b. Coblenz.
 Dr. **van Erp-Taalman-Kipp**, Dir. d. Sanatoriums Arnheim, Holland.
 San.-R. Dr. **Fabricius**, Dir. d. Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.)
 Dr. **Facklam**, Dir. d. Sanat. Suderode a. Harz.
 Dr. **Franz Falk**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein O.-Pr.
 Dr. **Falkenberg**, Oberarzt, Städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg b. Berlin.
 Dr. **Faltlhauser**, Assist.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (Bayern).
 Dr. **von Feilitzsch**, Nervenarzt, Dessau, Körnerstr. 2.

- Med.-R. Dr. **Feldkirchner**, Dir. der Kreisanstalt Karthaus Prüll bei Regensburg.
- Obermed.-R. Dr. **Felgner**, Dir. d. Landesanstalt Colditz, Kgr. Sachsen.
- Geh. Med.-R. Dr. **Franz Fischer**, Dir. d. Landesanstalt Pforzheim (Baden).
- Med.-R. Dr. **Max Fischer**, Dir. d. Landesanstalt Wiesloch (Baden).
- Dr. **Osk. Fischer**, Assist.-Arzt, Prag, Psychiatr. Klinik.
- Dr. **Gust. Flügge**, Dir. d. Prov.-Anstalt Johannisthal b. Süchteln (Rheinpr.).
- Priv.-Doz. Dr. **Rich. Förster**, Oberarzt, Bonn a. Rh., Prov.-Anst.
- Dr. **J. Fränkel**, dir. Arzt d. Privatanstalt Berolinum, Großlichterfelde bei Berlin.
- Dr. **Friedländer**, dir. Arzt d. Privatanstalt Hohe Mark b. Oberursel a. Taunus.
- Geh. San.-R. Dr. **Fries**, Dir. d. Prov.-Anstalt Nietleben b. Halle a. S.
- Dr. **Früstück**, Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf, Kgr. Sachsen.
- Dr. **W. Fuchs**, Oberarzt, Landesanstalt Emmendingen (Baden).
- Dr. **Fürer**, dir. Arzt von Haus Rockenau b. Eberbach a. Neckar.
- Dr. **Joh. Fülth**, Arzt in Koblenz a. Rh.
- Dr. **Gallus**, Oberarzt, Landesanstalt Potsdam, Leipzigerstr. 18.
- Hofrat Dr. **Ganser**, Dir. d. städt. Anstalt Dresden, Lüttichhausstr. 25^{III}.
- Prof. Dr. **Gaupp**, Tübingen, Psychiatr. Klinik.
- Dr. **Geelvink**, 3. Arzt d. städt. Anstalt, Frankfurt a. M.
- Dr. **Fr. Geist**, Landesanstalt Zschadraß b. Colditz (Kgr. Sachsen).
- Dr. **Gellhorn**, Theresienhof bei Goslar a. Harz.
- Dr. **Fritz Gerlach**, Dir. d. Landesanstalt Königsutter (Braunschweig).
- Geh. Med.-R. Dr. **Heinr. Gerlach**, Prov.-Anstalt Münster (Westf.).
- San.-R. Dr. **Gerstenberg**, Dir. d. Prov.-Anstalt Hildesheim.
- San.-R. Dr. **Giggiberger**, Wasserheilanstalt Michelstadt (Odenwald).
- San.-R. Dr. **Gock**, Dir. d. Prov.-Anstalt Landsberg a. W.
- Dr. **Götze**, Landesanstalt Untergöltzsch bei Rodewisch (Kgr. Sachsen).
- San.-R. Dr. **Goldstein**, Sanat. Großlichterfelde, Jungfernstieg.
- San.-R. Dr. **Gottlob**, Bonn a. Rh., Ritterhausstr. 26.
- Dr. **O. Grahl**, Sanat. Lauenstein b. Hedemünden a. Werra.
- Dr. **v. Grabe**, Oberarzt, staatl. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
- Geh. R. Prof. Dr. **von Grashey**, München, Prinzregentenstr. 18^{II}.
- Dr. **Ad. Groß**, Dir. d. Bezirksanstalt Rufach (Elsaß).
- Dr. **Rob. Groß**, Dir. d. Landesanstalt Schussenried (Württ.).
- Dr. **Großmann**, Oberarzt d. Landesanstalt Nietleben b. Halle a. S.
- Dr. **Clem. Gudden**, Nervenarzt, Bonn a. Rh., Buschstr. 2.
- Prof. Dr. **Hans Gudden**, München, Steinsdorfstr. 2.
- Obermed.-R. Dr. **Günther**, Dir. d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
- Geh. Hofrat Dr. **Gutsch**, Karlsruhe, Hirschstr. 108.
- Priv.-Doz. Dr. **H. Gutzmann**, Zehlendorf, Johannisstr. 1.
- Geh. Med.-R. Dr. **Haardt**, Dir. d. Landesanstalt Emmendingen (Baden).

- Dr. **Hans Haenel**, Nervenarzt, Dresden-A., Pragerstr. 42^{II}.
 Dr. **Ernst Hahn**, Dir. Arzt d. städt. Irrenhauses, Breslau XII., Einbaumstr.
 Dr. **Halbey**, Freiburg i. Br., Nervensanat. Sonnenberg.
 Dr. **Erw. Harlander**, Assist.-Arzt, Kreisanstalt Werneck (Unterfranken).
 Priv.-Doz. Dr. **Fritz Hartmann**, Graz 1, Karmeliterstr. 6.
 Dr. **H. Havemann**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Tapiau O.-Pr.
 Dr. **Hebold**, Dir. d. städt. Anstalt Wuhlgarten b. Biesdorf-Berlin.
 Dr. **Hecker**, Kuranstalt Wiesbaden, Gartenstr. 4.
 Dr. **Hegar**, Landesanstalt Wiesloch (Baden).
 Dr. **F. Hegemann**, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Münster i. W.
 Prof. Dr. **Heilbronner**, Utrecht, Maliebaan 59.
 Dr. **R. Heilgenthal**, Baden-Baden, Sanat. Dr. Ebers.
 San.-R. Dr. **C. Heilmann**, Grunewald b. Berlin, Knausstr. 15—17.
 Dr. **Heinke**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
 Dr. **von der Helm**, Privatanstalt Endenich b. Bonn a. Rh.
 Dr. **Herfeldt**, Dir. d. Kreisanstalt Ansbach (Mittelfranken).
 Dr. **Hermkes**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).
 Dr. **E. Herse**, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Neustadt W.-Pr.
 Dr. **Herting**, Dir. d. Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rheinpr.).
 Dr. **Herwig**, Idiotenanstalt Nieder-Marsberg (Westf.).
 Dr. **Heß**, Oberarzt d. Kahlbaumsche Privatanstalt Görlitz, Schillerstr. 14.
 San.-R. Dr. **Hesse**, Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).
 Dr. **Hinrichs**, Prov.-Anstalt Schleswig.
 Geh. Hofrat Prof. Dr. **Hoche**, Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.
 Dr. **Jos. Hock**, Oberarzt, Kreisanstalten Kaufbeuren (Bayern).
 Dr. **Höniger**, Arzt, Halle a. S., Schillerstr. 10.
 Med.-R. Dr. **Hösel**, Dir. d. Landesanstalt Zschadraß b. Colditz (Kgr. Sachsen).
 San.-R. Dr. **Höstermann**, Wasserheilanstalt Marienberg b. Boppard a. Rh.
 Dr. **Imm. Hoffmann**, Prov.-Anstalt Nietleben b. Halle a. S.
 Dr. **Reinh. Hoffmann**, Oberarzt, Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
 Dr. **Ad. Hoppe**, Oberarzt, Flammische Privatanstalt zu Pfullingen (Württ.).
 Dr. **Hornung**, dir. Arzt, Schloß Marbach, Post Wangen b. Konstanz.
 Dr. **Horstmann**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. Rega.
 Dr. **Hübner**, städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg b. Berlin.
 Dr. **Hüller**, Nervenarzt, Chemnitz, Brückenstr. 14.
 Dr. **Hügel**, Hilfsarzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
 Priv.-Doz. Dr. **Jahrmärker**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Marburg (Hessen).
 Dr. **Jaspersen**, Privatanstalt Schellhorner-Berg b. Preetz (Holstein).
 San.-R. Dr. **Jastrowitz**, Berlin NW., Alt-Moabit 131.
 Med.-R. Dr. **L. Jenz**, Dir. d. Bildungsanstalt f. geistesschwache Kinder in Schwerin (Meckl.).
 Dr. **Ilberg**, Oberarzt, Landesanstalt Großschweidnitz b. Löbau (Kgr. Sachs.).
 Dr. **A. Imhof**, Kreisanstalt Werneck (Unterfranken).

- Dr. **Kaes**, Staatsanstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
- Dr. **Kahlbaum**, Dir. d. Privatanstalt Görlitz.
- Dr. **Kaiser**, 2. Arzt d. Privatanstalt Neufriedenheim. Post München 12.
- Med.-R. Dr. **Karrer**, Dir. d. Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
- Dr. **A. Kellner**, Oberarzt, Landesanstalt Untergörlitz b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).
- San.-R. Dr. **Kern**, Dir. d. Idiotenanstalt Möckern b. Leipzig.
- Dr. **Kerris**, 2. Arzt d. Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rheinpr.).
- Prof. Dr. **Kirchhoff**, Dir. d. Prov.-Anstalt Schleswig.
- Dr. **Kleffner**, Dir. d. Prov.-Anstalt Eickelborn (Westf.).
- San.-R. Dr. **Kleudgen**, Privatanstalt Obernigk b. Breslau.
- Dr. **Klewe**, Landesanstalt Emmendingen (Baden).
- Dr. **Klinke**, Dir. d. Prov.-Anstalt Lublinitz (O.-Schl.).
- Dr. **Klüber**, Assist.-Arzt. Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).
- Geh. San.-R. Dr. **Knecht**, Dir. d. Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
- Dr. **H. Knehr**, Privatanstalt Herzoghöhe b. Bayreuth.
- Dr. **Knoblauch**, Oberarzt, städt. Siechenhaus, Frankfurt a. M., Gärtnerweg 31.
- Dr. **Knoerr**, Dir. d. Prov.-Anstalt Teupitz (Kr. Teltow).
- Med.-R. Dr. **J. L. A. Koch**, Stuttgart-Cannstatt.
- San.-R. Dr. **Emil Koch**, Rinteln, Reg.-Bez. Kassel.
- Dr. **Hans Koch**, Oberarzt, Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
- Dr. **Köberlin**, Oberarzt, Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).
- Dr. **Hans Köhler**, Oberarzt, Kreisanstalt Gabersee (O.-Bayern).
- Dr. **M. L. Köhler**, Sanat. Hainstein b. Eisenach.
- Priv.-Doz. Dr. **A. Kölpin**, Bonn a. Rh., Prov.-Anstalt.
- Med.-R. Dr. **König**, Oberarzt, Dalldorf b. Berlin.
- Dr. **H. Körthe**, städt. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
- Dr. **G. Kolb**, Dir. d. Kreisanstalt Kutzenberg (Oberfranken).
- San.-R. Dr. **Kortum**, Oberarzt, Dalldorf b. Berlin.
- Dr. **Fr. Kramer**, Breslau, Psychiatr. Klinik, Agnesstr. 21.
- Dr. **Kratz**, Oberarzt, Landesanstalt Heppenheim (Großh. Hessen).
- Dr. **Krauß**, Privatanstalt Kennenburg b. Eßlingen (Württ.).
- Med.-R. Dr. **Kraußold**, Dir. d. Kreisanstalt Bayreuth.
- Dr. **Krebs**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.
- Med.-R. Dr. **Krell**, Dir. d. Landesanstalt Großschweidnitz b. Löbau (Kgr. Sachsen).
- Dr. **Klewe**, Landesanstalt Emmendingen (Baden).
- Dr. **Krimmel**, Dir. d. Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
- Geh. Med.-R. Dr. **Kroemer**, Prov.-Anstalt Konradstein b. Preuß. Stargard.
- Dr. **Kufs**, Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna (Kgr. Sachsen).
- Dr. **Kundt**, Dir. d. Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).
- Dr. **Kurella**, Sanat. Ahrweiler (Rheinprovinz).
- Dr. **Kurz**, Dir. d. Privatanstalt Pfullingen (Württ.).
- Dr. **Georg Laehr**, 2. Arzt, Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn.

- Prof. Dr. **Max Laehr**, Dir., Haus Schönau zu Zehlendorf-Wanneseebahn.
 San.-R. Dr. **Gustav Landerer**, Dir., Christophsbad zu Göppingen (Württ.).
 San.-R. Dr. **Nik. Landerer**, Dir. d. Prov.-Anstalt Andernach a. Rh.
 Hofrat Dr. **Paul Landerer**, Privatanstalt Kennenburg b. Eßlingen (Württ.).
 Dr. **Joh. Lange**, dir. Arzt, Landesasyll Jerichow (Prov. Sachsen).
 Dr. **P. Langer**, Landesasyll Jerichow (Prov. Sachsen).
 Dr. **Lantzius-Benlinga**, Dir. d. Prov.-Anstalt Weilmünster (Nassau).
 Dr. **Leop. Laquer**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Jahnstr. 42.
 Dr. **Lauenstein**, Priv.-Anstalt, Hedemünden a. Werra.
 Dr. **F. Lehmann**, dir. Arzt, Lindenhof zu Coswig b. Dresden.
 Geh. Med.-R. Dr. **G. H. Lehmann**, Dir. d. städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
 Dr. **R. Lehmann**, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Brieg (Schlesien).
 Dr. **Leonhardt**, Sanat. Waidmannslust b. Berlin.
 Med.-R. Dr. **Leppmann**, Berlin NW., Kronprinzenufer 23.
 Dr. **Levinstein**, Dir. d. Maison de Santé, Schöneberg-Berlin W.
 Dr. **M. Liebers**, Assist.-Arzt d. städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
 Dr. **A. Lienau**, Nervenarzt, Hamburg-Eimsbüttel, 19 am Weiher.
 San.-R. Dr. **Lillenstein**, Nervenarzt, Bad Nauheim.
 Hofrat Dr. **Lochner**, Dir. d. städt. Privatanstalt Thonberg b. Leipzig.
 Dr. **Siegfried Löwenthal**, Arzt, Braunschweig, Bruchtorpromenade 12.
 Dr. **Löwenthal**, Berlinum zu Großlichterfelde b. Berlin.
 Dr. **Joh. Longard**, Heidelberg, Werrgasse 5.
 Dr. **Max Lubowski**, Berlin W., Lützowstr. 48^{II}.
 Geh. Med.-R. Dr. **Ludwig**, Heppenheim a. B. (Großh. Hessen).
 Dr. **Lückerath**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).
 Dr. **Lüderitz**, Dir. d. Karl-Friedrich-Hospitals, Blankenhain in Thür.
 San.-R. Dr. **Lüttich**, Oberarzt am städt. Krankenhaus, Hannover.
 Dr. **Lullies**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein O.-Pr.
 Dr. **M. Lustig**, Naunhof-Erdmannshain b. Leipzig.
 Dr. **Luther**, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
 Dr. **Ludw. Mann**, Nervenarzt, Breslau, Tassenstr. 20.
 Dr. **Ludw. Mann**, Nervenarzt, Mannheim, Friedrichplatz 5.
 Priv.-Doz. Dr. **Al. Margulies**, Prag.
 Dr. **Marthen**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Landsberg a. W.
 Med.-R. Dr. **Matthaes**, Dir. d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wernsdorf
 (Kgr. Sachsen).
 Dr. **Matthes**, Dir. d. Bakteriolog. Anstalt zu Metz.
 Obermed.-R. Dr. **Matusch**, Dir. d. Landesanstalt Sachsenberg b. Schwerin.
 Med.-R. Dr. **Mayer**, Dir. d. Philippshospitals zu Goddellau (Großh. Hessen).
 San.-R. Dr. **Mayser**, Dir. d. Landesanstalt Hildburghausen.
 Dr. **Meltzer**, 1. Arzt d. Landeserziehungsanstalten f. Schwachsinn. u. Blinde.
 Chemnitz.
 Geh. Med.-R. Prof. Dr. **E. Mendel**, Pankow b. Berlin, Breitestr. 44.
 San.-R. Dr. **Mercklin**, Dir. d. Prov.-Anstalt Treptow a. Rega (Pommern).

- Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Meschede**, Königsberg i. Pr., Mitteltragheim 35¹¹.
Prof. Dr. **Ernst Meyer**, Königsberg i. Pr., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Herm. Meyer**, Oberarzt, Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).
Prof. Dr. **Möbius**, Nervenarzt, Leipzig, Rosenthalergasse.
Dr. **Eugen Möller**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Plagwitz (Schlesien).
Dr. **Paul Möller**, Nervenarzt, Grunewald b. Berlin, Hubertusallee 37.
Dr. **Mucha**, Dir. d. Privatanstalt Franz. Buchholz b. Berlin.
Dr. **Hellm. Müller**, städt. Heilanstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **Mürmann**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Aplerbeck (Westf.).
Med.-R. Dr. **Näcke**, dir. Arzt d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
Dr. **Cl. Neißer**, Dir. d. Prov.-Anstalt Bunzlau (Schlesien).
Dr. **Nerlich**, Oberarzt, Landesanstalt Waldheim (Kgr. Sachsen).
Dr. **Neuberger**, Dir. d. Staatsanstalt Langenhorn b. Hamburg.
Med.-R. Dr. **Neuendorff**, Dir. d. Landesanstalt Bernburg, Anhalt.
Dr. **Nikitin**, St. Petersburg.
Prof. Dr. **Nißl**, Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Paul Nitsche**, Assist.-Arzt, München, Psychiatr. Klinik.
Prof. Dr. **Obersteiner**, Dir. d. Privatanstalt Oberdöbling b. Wien.
Geh. San.-R. Dr. **Öbeke**, Bonn a. Rh., Baumschulentallee 7.
Dr. **Östreicher**, Dir. d. Privatanstalt Nieder-Schönhausen b. Berlin.
Dr. **Ötter**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Ansbach (Mittelfranken).
Dr. **Ofterdinger**, Dir. d. Privatanstalt Rellingen b. Pinneberg (Holstein).
Dr. **Alb. Oliven**, dir. Arzt, Berolinum, Großlichterfelde b. Berlin.
Prof. Dr. **Oppenheim**, Berlin W., Lennéstr. 3.
Dr. **Oppermannn**, Assist.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (M.-Franken).
Dr. **Orthmann**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
Dr. **Ößwald**, Oberarzt, Philippshospital zu Goddellau (Großh. Hessen).
Med.-R. Dr. **Oster**, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
San.-R. Dr. **Otto**, städt. Anstalt Herzberge zu Lichtenberg b. Berlin.
Geh. Med.-R. **Overbeck**, Lemgo (Fürst. Lippe).
Geh. Med.-R. Dr. **Paetz**, Dir., Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sachsen).
Dr. **Passow**, Nervenarzt, Meiningen.
Dr. **Peipers**, Dir. d. Privatanstalt Pützchen b. Bonn a. Rh.
San.-R. Dr. **Peretti**, Dir., Grafenberg b. Düsseldorf.
San.-R. Dr. **Petersen**, Dir. d. Prov.-Anstalt Brieg (Schlesien).
San.-R. Dr. **Peterßen-Borstel**, Dir. d. Prov.-Anstalt Plagwitz (Schlesien).
Prof. Dr. **Pflister**, Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.
Prof. Dr. **Pick**, Prag, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Pönsgen**, Kuranstalt Nassau a. Lahn.
Dr. **Pohl**, Dr. Weilersche Anstalt, Charlottenburg-Westend, Nußbaumallee 34.
Dr. **Prinzing**, Dir. d. Kreisanstalten zu Kaufbeuren (Bayern).
Dr. **F. Probst**, Assist.-Arzt, Kreisanstalt Egling b. München.
Dr. **Przewodnik**, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Lublinitz O.-Schl.

- Dr. **Quaet-Faslam**, Prov.-Nervenheilanstalt Rasemühle b. Göttingen.
 San.-R. Dr. **Rabbas**, Dir. d. Prov.-Anstalt Neustadt W.-Pr.
 Dr. **von Rad**, Nervenarzt, Nürnberg.
 Priv.-Doz. Dr. **Raecke**, Oberarzt d. Nervenklinik, Kiel, Niemannsweg 147.
 Med.-R. Dr. **Rank**, Dir. d. Landesanstalt Weißenau (Württ.).
 Dr. **Ranke**, Dir. d. Privatanstalt Obersendling b. München, Wolfratshauser-
 straße 29.
 Dr. **Th. Ranniger**, Oberarzt, Landesanstalt Hochweitzschen b. Klosterbuch
 (Kgr. Sachsen).
 Dr. **Ernst Rehm**, Dir. d. Privatanstalt Neufriedenheim b. München.
 San.-R. Dr. **Paul Rehm**, Sanat. Blankenburg a. Harz.
 Dr. **J. Reichelt**, Oberarzt, Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna (Kgr.
 Sachsen).
 Dr. **O. Rein**, Assist.-Arzt, Kreisanstalt Ansbach (Mittelfranken).
 Dr. **Reis**, Assist.-Arzt, Privatanstalt Neckargemünd (Baden).
 Dr. **Rentsch**, Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna.
 Dr. **O. Repkewitz**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
 Dr. **P. Reuter**, Lübeck, Mühlenbrück 5a.
 Dr. **Reye**, Dir. d. Staatsanstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
 Med.-R. Dr. **Ribstein**, dir. Arzt am Landesgefängnis Freiburg i. Br.
 Dr. **Richstein**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Neuruppin.
 San.-R. Dr. **Richter**, Dir. d. städt. Anstalt Buch b. Berlin.
 Dr. **Riebeth**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Eberswalde.
 Prof. Dr. **Rieger**, Würzburg, Psychiatr. Klinik.
 Dr. **Joh. Römer**, Assist.-Arzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
 Dr. **Karl Römer**, Nervenarzt, Hirsau im Schwarzwald
 Dr. **Römheld**, Oberarzt, Landesanstalt Heppenheim a. B. (Großh. Hessen).
 Dr. **Rösen**, Oberarzt, Landesanstalt Landsberg a. W.
 Dr. **Rohde**, Nervenarzt, Bad Königsbrunn b. Königstein, Sächs. Schweiz.
 Dr. **P. Roßbach**, Oberarzt, Landesanstalt Zschadraß b. Colditz (Kgr.
 Sachsen).
 Geh. San.-R. Dr. **Rubarth**, Dir. d. Prov.-Anstalt Niedermarsberg (Prov.
 Westf.).
 Dr. **Alb. Rühle**, Oberarzt, Landesanstalt Schussenried (Württ.).
 San.-R. Dr. **Rust**, 2. Arzt d. Landesanstalt Sachsenberg b. Schwerin.
 Dr. **Yasusaburo Sakaki**, z. Z. Berlin, Alexanderufer 2^{III}.
 Dr. **Eug. Samuel**, Grunewald b. Berlin, Winklerstr. 24.
 Dr. **Max Sander**, Dir. Arzt d. Beobachtungsstation d. Strafanstalt Graudenz,
 Marienwerderstr. 25.
 Geh. Med.-R. Dr. **Wilh. Sander**, Dir. d. städt. Anstalt Dalldorf b. Berlin.
 Dr. **Friedr. Sandner**, Kreisanstalt Ansbach (Mittelfranken).
 Dr. **Alfons Schaefer**, Dir. d. Landesanstalt Roda, S.-A.
 San.-R. Dr. **Friedr. Schaefer**, Dir. d. Prov.-Anstalt Lengerich (Westf.).
 San.-R. Dr. **Schauen**, Dir. d. Prov.-Anstalt Schwetz a. Weichsel.

- Schaumburg**, Assist.-Arzt, Landesanstalt Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sachsen).
- Schedtler**, Dir. d. Landesanstalt Merxhausen (Rg.-Bz. Kassel).
- Scheiber**, Oberarzt, Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).
- f. **Dr. Scheven**, Rostock, Graf-Schackstraße 1.
- i. **San.-R. Dr. Adolf Schmidt**, Dir. d. Prov.-Anstalt Sorau N.-L.
- Adolf Schmidt**, Oberarzt, Landesanstalt Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sachsen).
- Al. Schmidt**, Dir. d. Privatanstalt Carlsfeld b. Brehna (Prov. Sachsen).
- Emil Schmidt**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Wunstorf b. Hannover.
- Herm. Schmidt**, Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berlin.
- Kurt Schmidt**, Nervenarzt, Dresden A., Walpurgisstr. 15.
- Anton Schmitz**, Privatanstalt, Bonn a. Rh., Lennéstr. 24.
- Matthias Schmitz**, Oberarzt, Landesanstalt Neuruppin.
- Ernst Schneider**, Dir. d. Prov.-Anstalt Osnabrück.
- Herm. Schneider**, Oberarzt, Philipppshospital zu Goddellau (Großh. Hessen).
- Hub. Schnitzer**, Idiotenanstalt Kückenmühle b. Stettin.
- Schönfeld**, Privatanstalt Atgasen b. Riga.
- Scholinus**, Privatanstalt Pankow b. Berlin, Breitestr. 18/19.
- Friedr. Scholz**, Bremen, Kaplerstr. 45.
- Ludw. Scholz**, Dir. d. Prov.-Anstalt Obrawalde b. Meseritz (Prov. Posen).
- Schott**, Oberarzt, Landesanstalt Weinsberg (Württ.).
- i.-R. **Dr. Schreiber**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
- Max Schroeder**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
- v.-Doz. **Dr. Paul Schroeder**, Oberarzt, Breslau, Psychiatr. Klinik.
- Schubert**, Dir. d. Prov.-Anstalt Tost O.-Schl.
- h. **Med.-R. Prof. Dr. Schuchardt**, Landesanstalt Gehlsheim b. Rostock.
- h. **R. Dr. Schüle**, Dir. d. Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
- Schürmann**, Oberarzt, Landesanstalt Merxhausen (Reg.-Bez. Kassel).
- v.-Doz. **Dr. Schütz**, Privatanstalt Hartheck b. Gaschwitz-Leipzig.
- Schulten**, dir. Arzt d. Privatanstalt Marienhaus zu Waldbreitbach (Rheinpr.).
- sf. **Dr. Ernst Schultze**, Greifswald, Psychiatr. Klinik.
- Theodor Schulz**, Ass.-Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
- d.-R. **Dr. Eugen Schulze**, Dir. d. Landesanstalt Untergöltzsch b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).
- Oskar Schuster**, Arzt, Dresden, Bergstr. 52.
- Schwabe**, dir. Arzt, Plauen i. V., Stadtkrankenhaus.
- n.-R. **Dr. Jos. Schweighofer**, Dir. d. Landesanstalt Salzburg.
- P. Seellig**, städt. Anstalt Herzberge zu Lichtenberg b. Berlin.
- Seifert**, Nervenarzt, Dresden, Christianstr. 8.
- of. **Dr. Seiffer**, Oberarzt, Berlin NW., Charité, Psychiatr. Klinik.
- n.-R. **Dr. Selle**, Dir. d. Prov.-Anstalt Neuruppin.
- Friedr. Sendtner**, Ass.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.

- San.-R. Dr. **Serger**, Dir. d. Landesanstalt Alt-Strelitz.
 Dr. **P. Seyffert**, Privatanstalt St. Gilgenberg zu Donndorf b. Bayreuth.
 Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Siemerling**, Kiel, Psychiatr. Klinik.
 Dr. **Simon**, Dir. d. Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).
 Dr. **Sinn**, Berlin NW., Charité, Psychiatr. Klinik.
 San.-R. Dr. **Sioli**, Dir. d. städt. Anstalt Frankfurt a. M.
 Dr. **Franz Sklarek**, Oberarzt, städt. Anstalt Buch b. Berlin.
 Dr. **Otto Snell**, Dir. d. Prov.-Anstalt Lüneburg.
 Prof. Dr. **Sommer**, Gießen, Psychiatr. Klinik.
 Prof. Dr. **Specht**, Erlangen, Psychiatr. Klinik.
 Dr. **Friedr. Stahr**, Landesanstalt Königsutter (Braunschweig).
 Dr. **Jos. Starlinger**, Dir. d. Landesanstalt Mauer-Öhling b. Wien.
 Dr. **Stegmann**, Nervenarzt, Dresden A., Struvestr. 4.
 Dr. **Ad. Steinhansen**, Generaloberarzt, Danzig.
 Dr. **Herm. Stengel**, Arzt am Landesgefängnis Bruchsal (Baden).
 Dr. **Rich. Stöckle**, Kreisanstalt Werneck (Unterfranken).
 Dr. **Stövesandt**, Dir. d. Krankenanstalt Bremen.
 San.-R. Dr. **Stoltenhoff**, Dir. d. Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein O.-Pr.
 Priv.-Doz. Dr. **Wilh. Strohmayr**, Nervenarzt, Jena.
 Dr. **Subotic**, Psychiater, Belgrad (Serbien).
 Dr. **Alfr. Tauscher**, Landesanstalt Hochweitzschen (Kgr. Sachsen).
 Dr. **Tecklenburg**, Privatanstalt Tannenfeld b. Nöbdenitz S.-A.
 Dr. **Tesdorpf**, München, Hildegardstr. 9.
 Dr. **Teuscher**, Sanat. Losenwitz b. Dresden.
 Dr. **Textor**, Dir. d. Landesanstalt Eberstadt, Kr. Darmstadt.
 Dr. **E. Thoma**, Oberarzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
 Prof. Dr. **Thomsen**, Dr. Hertzsche Anstalt, Bonn a. Rh., Kreuzbergweg 4.
 Geh. Med.-R. Dr. **Tigges**, Düsseldorf, Kaiserstr. 53.
 Dr. **Tippel**, dir. Arzt, Johannisberg zu Kaiserswerth a. Rh.
 Dr. **Tomaschny**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. Rega.
 Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Tuczek**, Marburg, Landesanstalt.
 Med.-R. Dr. **Ullrich**, München, Franz Josefstr. 25.¹
 Geh. San.-R. Dr. **Ulrich**, Eberswalde.
 San.-R. Dr. **Umpfenbach**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Bonn a. Rh.
 Dr. **Fritz Ungemach**, Oberarzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.
 Dr. **Fritz Utz**, Ass.-Arzt, Kreisanstalt Ansbach.
 Dr. **Velt**, Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berlin.
 Dr. **Vocke**, Dir. d. Kreisanstalt Eglfing b. München.
 Dr. **Völker**, Dir. d. Prov.-Anstalt Langenhagen b. Hannover.
 Priv.-Doz. Dr. **Heinr. Vogt**, Prov.-Anstalt Langenhagen b. Hannover.
 Priv.-Doz. Dr. **Osk. Vogt**, Berlin W., Viktoriastr. 19.
 Dr. **Wachsmuth**, 2. Arzt, städt. Anstalt Frankfurt a. M., Feldstr. 38.
 Dr. **Wahrendorff**, Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).
 Dr. **Waldschmidt**, Stadtrat, Charlottenburg-Westend, Lindenallee 33.

- Dr. **Walter**, Dir. d. Privatanstalt Deutsch-Lissa b. Breslau.
Dr. **Wanke**, Sanat. Friedrichsroda (Thüringen).
Dr. **Warda**, Blankenburg in Thüringen, Villa Emilia.
Dr. **Wattenberg**, Dir. d. staatl. Anstalt Lübeck.
Geh. Med.-R. Dr. **Guido Weber**, Dir. d. Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna
(Kgr. Sachsen).
Priv.-Doz. Dr. **Wilh. Weber**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Göttingen.
Dr. **Weichelt**, Dir. d. Anstalt St. Thomas, Andernach a. Rh.
Dr. **Carl Weller**, Ass.-Arzt. München, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Julius Weller**, Dir. d. Privatanstalt, Charlottenburg-Westend, Nußbaum-
allee 38.
Priv.-Doz. Dr. **Wendenburg**, Göttingen, Geiststr. 5.
San.-R. Dr. **Karl Werner**, Dir. d. Prov.-Anstalt Owinsk (Posen).
Dr. **Paul Werner**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Andernach a. Rh.
Prof. Dr. **A. Westphal**, Bonn a. Rh., Psychiatr. Klinik.
Prof. Dr. **W. Weygandt**, Würzburg, Maxstr. 1 ptr.
Dr. **Wichmann**, Arzt, Bad Harzburg.
San.-R. Dr. **Wiederhold**, Kuranstalt Wilhelmshöhe b. Kassel.
San.-R. Dr. **Wildermuth**, Stuttgart, Königstr. 20.
Prof. Dr. **Wille**, Basel.
Dr. **Paul Winckler**, Prov.-Anstalt Owinsk (Posen).
Prof. Dr. **Winge**, Dir. d. Landesanstalt Kristiania (Norwegen).
Dr. **Fel. Winkler**, Landesanstalt Untergöltzsch b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).
Dr. **Wörnlein**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Sorau N.-L.
Dr. **Otto Wolff**, Privatanstalt Katzenelnbogen (Nassau).
Prof. Dr. **Wollenberg**, Straßburg i. E., Psychiatr. Klinik.
Dr. **O. Woltaer**, Ass.-Arzt, Prag, Psychiatr. Klinik.
Med.-R. Dr. **Würschmidt**, Dir. d. Kreisanstalt Erlangen.
Dr. **Würth**, Oberarzt, Philipphospital zu Goddelau (Großh. Hessen).
Dr. **Würzburger**, Privatanstalt Herzogshöhe b. Bayreuth.
San.-R. Dr. **Zacher**, Baden-Baden, Sanat. Ebers.
Dr. **Theodor Zahn**, Nervenarzt, Stuttgart, Degerloch.
Geh. San.-R. Dr. **Zander**, Dir. d. Prov.-Anstalt Rybnik O.-Schl.
Dr. **Ed. Zenker**, 2. Arzt, Privatanstalt Bergquell b. Stettin.
Geh. San.-R. Dr. **Wilh. Zenker**, Dir. d. Privatanstalt Bergquell b. Stettin.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Ziehen**, Berlin W., Charité, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Ziertmann**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Bunzlau (Schlesien).
Dr. **Karl Zinn**, Dir. d. Prov.-Anstalt Eberswalde.

Die Mitglieder werden freundlichst gebeten, Änderungen ihrer Stellung,
ihres Titels oder Aufenthaltsortes dem Schriftführer mitzuteilen.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURHEFT ZU BAND LXIII

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1905

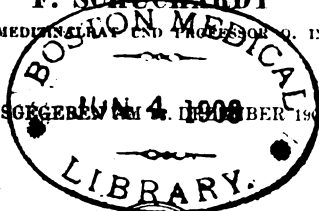
REDIGIERT

VON

F. SCHUCHARDT

GEHEIMER MEDIZINISCHER RATH UND PROFESSOR O. IN ROSTOCK

AUSGEGEBEN AM 4. DEZEMBER 1906



BERLIN

W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1906.

Apotheker „Kanoldt's Tamarinden“

(mit Schokolade umhüllte, erfrischende, abführende Fruchtpastillen) sind
das angenehmste und wohlschmeckendste

„Abführmittel für Kinder und Erwachsene“.

Namhafte Praktiker, die „Kanoldt's Tamarinden-Konserven“ aus Gotha seit Jahren in Anwendung gezogen haben, bestätigen die sichere und prompt Wirkung dieses wohlschmeckenden Laxativs bei Verstopfung, Hartleibigkeit, Hämorrhoiden, Leberleiden, Kongestionen etc.

Schachtel (6 Stück) 80 Pf., einzeln für 15 Pf. in fast allen Apotheken.

◆ Um 50% billiger, als die Arzneitaxe zu berechnen gestattet. ◆

Allein echt, wenn von Apotheker C. Kanoldt Nachfolger in Gotha.

PRIVAT-HEIL-ANSTALT FÜR NERVEN- UND GEMÜTSKRANKE

WOLTORF (Braunschweig). Fernsprecher, Amt Peine 288.

Ruhig gelegene Anstalt mit großem Park in waldreicher Umgebung — Zwee Häuser — Elektrisches Licht — Zentralheizung — Beschränkte Patientenzahl — Aufnahme von Pensionären — Monatspension 150—250 M. — Auskunft und Prospekte durch den leitenden Arzt

Dr. ALBER

früher vieljähriger Assistenzarzt an der psychiatrischen Univ.-Klinik Gießen.

Kurhaus für Nerven- und Gemütskranke von Dr. Richard Fischer Neckargemünd bei Heidelberg.

Komfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckartales, in unmittelbarer Nähe des Waldes, und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie. — Gegründet 1898.

— Prospekte frei durch die Direktion. —

Heilanstalt Kennenburg bei Eßlingen (Württemberg)

für psychisch Kranke
weiblichen Geschlechtes.

V — Prospekte frei durch die Direktion. —

Pf. C. Krauß.

Besitzer und Leiter: Hofrat Dr. Landerer.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER
BRESLAU

CRAMER
GÖTTINGEN

v. GRASHEY
MÜNCHEN

KREUSER
WINNENTAL

PELMAN
BONN

SCHÜLE
ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

DREIUNDSECHZIGSTER BAND
LITERATURHEFT



BERLIN
W. 35. LUTZOWSTRASSE 107-8
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1906

BERICHT
ÜBER DIE
PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1905

REDIGIERT

VON

F. SCHUCHARDT

GEHEIMER MEDIZINALRAT UND PROFESSOR O. IN ROSTOCK

LITERATURHEFT

ZUM 63. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN

W. 35. LUTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1906

1. Psychologie und 2. Psychophysik.

Ref. Arthur Wreschner-Zürich.

Mach, E., Erkenntnis und Irrtum. Skizzen zur Psychologie der Forschung. 461 S. Leipzig, Joh. Ambr. Barth.

Eine ausführliche Besprechung dieses bedeutsamen und höchst anregenden Werkes aus der Feder des berühmten Naturforschers und Philosophen — Verf. selbst will allerdings nur als Naturforscher, nicht als Philosoph genommen werden — würde den Rahmen der Psychologie im allgemeinen und der Psychophysik im besonderen weit überschreiten. Es genügte daher der Hinweis, daß der Verf. entsprechend seinem bekannten philosophischen Standpunkte sich damit zufrieden erklärt, daß „er die bewußte psychische Tätigkeit des Forschers als eine methodisch geklärte, verschärfte und verfeinerte Abart der instinktiven Tätigkeit der Tiere und Menschen wieder-erkennt, die im Natur- und Kulturleben täglich geübt wird“. Eine Transzendenz erkennt er nicht an und das Systematisieren wie Schematisieren überläßt er den Philosophen, deren spezielles Gebiet er „nur als Sonntags-jäger durchstreifen“ konnte. Die Grundlage des vorliegenden Werkes bildet eine Vorlesung über „Psychologie und Logik der Forschung“. Die einzelnen Themata, die mit der am Verf. gewohnten Klarheit, Objektivität. Kritik und Scharfsinnigkeit behandelt werden, sind folgende: Philosophisches und naturwissenschaftliches Denken; eine psycho-physiologische Betrachtung; Gedächtnis, Reproduktion und Assoziation; Reflex, Instinkt, Wille, Ich; die Entwicklung der Individualität in der natürlichen und kulturellen Umgebung; die Wucherung des Vorstellungslebens; Erkenntnis und Irrtum; der Begriff; Empfindung, Anschauung, Phantasie; Anpassung der Gedanken an die Tatsachen und aneinander; über Gedankenexperimente; das physische Experiment und dessen Leitmotive; Ähnlichkeit und Analogie als Leitmotive der Forschung; die Hypothese; das Problem; die Voraussetzungen der Forschung; Beispiele von Forschungswegen; Deduktion und Induktion in psychologischer Beleuchtung; Zahl und Maß; der physiologische Raum im Gegensatz zum metrischen; zur Psychologie und natürlichen Entwicklung der Geometrie; Raum und Geometrie vom Standpunkte der Naturforschung; die physiologische Zeit im Gegensatz zur metrischen; Zeit und Raum physikalisch betrachtet; Sinn und Wert der Naturgesetze. Zahlreiche Hinweise auf die einschlägige Literatur, ja selbst

historisch-kritische Betrachtungen, vor allem aber die ständige Anlehnung an die Erfahrung und die Veranschaulichung durch lebendige Beispiele verleihen dem Werke, dessen Schluß ein ausführliches Sachregister bildet, noch einen besonderen Reiz.

Möller, P., Die Bedeutung des Urteils für die Auffassung. Schriften der Gesellschaft für psychologische Forschung. Heft 15, S. 89—110 (III. Sammlung S. 671—692). Leipzig. Ambr. Barth.

Die Täuschung bei der Aussage kommt nur zum Teil auf das Konto des Gedächtnisses, zum anderen Teile auf das der Wahrnehmung und Auffassung. Wahrnehmung ist eine Empfindung, die unbewußt mit den Residuen früherer ähnlicher Wahrnehmungen verglichen wird, so daß nähere Angaben über die Eigenschaften des wahrgenommenen Objekts nicht gemacht werden können. Ist letzteres möglich, dann ist das Urteil hinzugetreten, d. h. neben dem Objekte werden auch dessen Eigenschaften wahrgenommen und beide als zusammengehörig in Beziehung gesetzt. So viele Eigenschaften erkannt werden, so viele Urteile sind hinzugetreten. Hierdurch wird das Objekt deutlicher wahrgenommen und dem Gedächtnis besser eingepreßt. Auf diese Weise entsteht die Auffassung, die durch eine Verknüpfung der vermittelt der Wahrnehmung geweckten Vorstellung mit dem vorhandenen Vorstellungsmaterial und ihre Verarbeitung mit Urteilsassoziationen charakterisiert ist; jede Auffassung hat demnach eine materiale und formale Seite. Falsch wird eine Auffassung durch die Diskrepanz zwischen Objekt und Vorstellung, so daß eine unrichtige Ergänzung der mangelhaften Wahrnehmung oder gar Empfindung eintreten muß, oder durch unrichtige assoziative Verknüpfung. Ferner hängt die Leistungsfähigkeit der Auffassung von der Schnelligkeit, wie sie namentlich durch Übung erworben wird, ab: ist diese zu gering, dann folgt die Auffassung den Vorgängen nicht und es treten Ergänzungen schon bei der Wahrnehmung oder später auf; hemmend für die Schnelligkeit sind auch Affekte. So kann das Urteil der Auffassung dienlich, aber auch schädlich sein; letzteres ist namentlich bei Vorurteilen der Fall, d. h. bei Urteilen, die vor der Auffassung bereits vorhanden sind und auf das Objekt angewendet werden, ohne dessen Eigenschaften genügend Rechnung zu tragen; auf diese Weise wirkt das Vorurteil unter- oder überschätzend und ist eine Quelle weiterer Irrtümer. In jedem Fall wird die Auffassung durch die Versetzung mit Urteilen subjektivistisch, aber nur auf die Richtung des Subjektivismus kommt es an, ob sie dadurch günstig oder ungünstig beeinflußt wird; eine rein objektive Auffassung ist selten und die subjektivistische Färbung verleiht der Auffassung ihre kulturelle Bedeutung, bedingt eine Art intellektueller Differenzierung der psychischen Funktionen des Individuums wie der Gattung. Die Schlußfolgerungen aus diesem Wesen der Auffassung faßt Verf. dahin zusammen, daß in Zukunft auf Auffassungs-

versuche namentlich bei bewegten Objekten mehr Gewicht gelegt, den Vernehmungen des Untersuchungsrichters, die unmittelbar nach der Tat erfolgen, mehr Bedeutung als den Ergebnissen der Hauptverhandlung beigemessen und endlich den Aussagen der Sachverständigen trotz ihrer Einseitigkeit und Voreingenommenheit ein besonderer Wert zuerkannt werden muß.

Baerwald, R., Psychologische Faktoren des modernen Zeitgeistes.

Schriften der Gesellschaft für psychologische Forschung.

Heft 15, S. 1—85 (III. Sammlung S. 583—667). Leipzig, Joh. Ambr. Barth.

Die Entwicklung des deutschen Geisteslebens zeigt einen „Zickzackkurs“, so daß scharfe Antithesen entstehen, welche der historisch-vergleichenden Betrachtungsweise zu Hilfe kommen. Und so unternimmt es Verf., der Goethezeit die Gegenwart entgegenzustellen, um einige psychologische Faktoren des modernen Zeitgeistes herauszuschälen. Gibt es doch nach ihm „Zeitgeistindividuen so gut wie persönliche Individuen“. Ist nun die Malerei, Musik und Poesie der deutschen Klassik durch einen „zeichnerisch-rhythmischen Typus“ gekennzeichnet, so herrscht in der Gegenwart der „koloristisch-melodische“ Typus vor; denn dort stand die räumlichzeitliche Anschauungsform im Vordergrund, während hier das sinnliche Material bestimmend ist, — ein Unterschied, dem eine Differenz im Gefühlsleben parallel geht. Je nachdem ferner das Fühlen und Wollen von dem Anschaulich-Individuellen oder Begrifflich-Allgemeinen beherrscht wird, gibt es einen „konkreten“ und „abstrakten“ Typus, wobei zu beachten ist, daß die „Begriffsgefühle“ etwas Neues und Eigenartiges darstellen, welches sich nicht restlos in die Gefühle der im Begriff zusammengefaßten Einzelvorstellungen auflösen läßt. Von diesen Annahmen ausgehend, bezeichnet Verf. die Goethezeit als abstrakte, die Gegenwart als konkrete Epoche. Sowohl in der Belletristik, die gegenwärtig nichts von der früheren „Gedankendichtung“ zeigt, wie in ihren Schöpfern, wie in dem politischen und ethischen Realismus der Gegenwart im Gegensatz zu dem früheren Idealismus, namentlich aber in der wissenschaftlichen Arbeitsart und ihrer Stellung zur Philosophie, wobei allerdings noch die Überproduktion und der Unterschied zwischen „positivem“ und „limitierendem Urteilstrieb“ in Betracht kommt, zeigt sich diese Differenz. Auch im Leben der Individuen alternieren miteinander konkrete und abstrakte Epochen: das Kind mit seiner Bevorzugung des Gleichen befindet sich in einer halb konkreten, der Jüngling mit seinem Idealismus in einer abstrakten, der Mann mit seinem Wirklichkeitssinn in einer zweiten konkreten und der Greis mit seinem religiösen Rückfall in einer zweiten abstrakten Periode. Einen ähnlichen Entwicklungsgang zeigen die europäischen Völker, und zwar verschiebt sich hierbei die Mitte der Pendelbewegung immer mehr nach dem Konkreten zu und erfährt der Rhythmus des Wellenschlages eine immer größere Beschleunigung. Der folgenden

Betrachtung liegt eine ausführliche Auseinandersetzung über das Wesen der „Mischgefühle“ zugrunde. In diesen, wie z. B. in der Lust am Weh, sind Lust und Unlust zur Einheit verbunden, während sie in der „Gefühlsmischung“ mehr nebeneinander bestehen. Es gibt zwei Klassen von Mischgefühlen, die „prickelnden“, z. B. bei der Schadenfreude oder beim Kratzen einer juckenden Hautstelle, und die „ruhigen“, z. B. Verehrung. Jene sind sehr intensiv durch den Simultankontrast der Gefühle, diese sind bei aller Tiefe relativ schwach, da die kontrastierenden Gefühle hier zu einem sich gegenseitig schwächenden Ausgleich gekommen sind; die letzteren zeigen daher mehr den Charakter der Ruhe, Neutralität und „Verletzlichkeit“. Auch kommt die Intensität der Unlust in Betracht; diese ist gering bei den prickelnden, schon größer bei den ruhigen Mischgefühlen und am größten bei der bloßen Gefühlsmischung; aber deshalb bedingt noch nicht umgekehrt eine Änderung in der Stärke des Unlustgefühls stets ein Hervortreten dieser drei Formen von koexistierenden Gefühlen. Jedenfalls aber ist es nunmehr begreiflich, daß oft erst durch Abstumpfung und Gewöhnung die Unlust gemildert werden muß, bevor ein lustvolles Mischgefühl entstehen kann: dieser Abstumpfung sind am zugänglichsten einfache Vorstellungen (sinnliche Lust im Gegensatz zur seelischen), schwache Gefühle (fade Speisen), seltene und für die Erzeugung bestimmter Gefühle reservierte Eindrücke (Delikatessen) und weiche Gefühle (sentimentale Dichtungen); die prickelnden Gefühle stumpfen sich wegen ihrer Stärke, Härte und Schärfe am spätesten ab. Unsere Zeit zeigt nun eine „Hypertrophie“ der prickelnden und eine Abnahme der ruhigen Mischgefühle. Für diesen Satz beruft sich Verf. auf die gegenwärtige Vorliebe für die Disharmonie in der Malerei und Musik, für die Operette, den Schwank und das Lustspiel, für den Witz, namentlich für den gepfefferten im Gegensatz zu dem gemilderten aber deshalb auch weniger beliebten Humor, für das Sensationelle und Aufregende, auf welches namentlich die Presse und Reklame abgestimmt ist, für das Mystische und Okkulte, für den psychologischen Roman ohne Handlung, für den Jugendstil, für künstlerische Gegensätze, für die Darstellung des Kranken, Perversen. Häßlichen und Verbotenen, für den Kampf und die Opposition namentlich auf politischem und kirchlichem Gebiete um ihrer selbst willen, für die lascive Literatur usw., ja auch die Abnahme von Büchern zugunsten von Zeitschriftenartikeln muß als Beleg herhalten. Die Abstumpfung der ruhigen Mischgefühle äußert sich namentlich in der Abneigung gegen Rührung, weiche Liebe als Sympathie, gegen Sanftmut, Milde, Ehrfurcht, Achtung und Religion, gegen Vers, gehobene Sprache und Idyll. Auch weicht dementsprechend das „Tragische vor dem naturalistisch Traurigen in der modernen Literatur“ immer mehr zurück. Erzeugt doch jenes ein ruhiges Mischgefühl, in dem die Lust gegeben ist durch die Größe bzw. Hilflosigkeit des Helden, das stärkere Hervortreten seiner gern beachteten guten und schönen Züge und die so bedingte Liebe zu ihm, wozu noch das Läuterungsgefühl und die Lust an der gehobenen Sprache kommt. „Die

tragischen Gefühle bestehen aus drei paarweise auftretenden ruhigen Mischgefühlen, der Rührung, dem Erhabenheits- und dem Läuterungsgefühl.“ Anders das Traurige. Dieses ruft meist prickelnde Mischgefühle hervor. „Wo uns die Dichtung, grau in grau malend, in trocken objektiver Sprache ohne Schönheit und Pathos von dem erbärmlichen, hoffnungslosen Kampfe kleiner Menschen mit einem kleinen Schicksal berichtet, entsteht das Traurige.“ Das Tragische führt zu einer qualitativen Steigerung, das Traurige zu einer quantitativen Anschwellung des Gefühlslebens; erst die Lust an der Erkenntnis, an der Wirklichkeit, am Kampfe, an der Aufdeckung der verborgenen Seiten machen das Traurige reizvoll, und zwar um so reizvoller, je mehr wir seine Realität fühlen. Der Grund für alle diese Erscheinungen ist „die moderne Gefühlsabstumpfung“ infolge des Übermaßes der Reize und Eindrücke.

Wertheimer, Max, Experimentelle Untersuchungen zur Tatbestandsdiagnostik. Arch. f. die ges. Psychologie Bd. VI, S. 59—131.

Den theoretisch wie praktisch interessanten Ausführungen liegen zugrunde: 1. Vorreihen nach der Methode der freien Assoziation, wobei besonders lange oder seltene Reizworte vermieden wurden; 2. Hauptreihen, bei denen die Versuchspersonen den zugrunde gelegten Komplex nicht kannten; 3. Hauptreihen, bei denen die Versuchspersonen den zugrunde liegenden Komplex kannten, sich aber nicht verraten sollten (Täuschungsreihen); 4. normale Versuchsreihen, bei denen die Versuchspersonen den Komplex kannten und keinerlei Instruktion erhielten; 5. Selbstbeobachtungsreihen, welche den Täuschungsreihen entsprachen, in denen aber nach jeder Reaktion die Selbstbeobachtung protokolliert wurde. Die beiden Komplexe der Hauptreihen, ein sogenannter Villa- und Kapellenkomplex, waren möglichst homolog und inhaltlich möglichst verschieden gebaut; beide kamen bei jeder der sechs gebildeten Versuchspersonen zur Anwendung, aber so, daß nicht beiden Hauptreihen der nämliche Komplex zugrunde lag und auch der Komplex, welcher bei den einen Versuchspersonen zur ersten Hauptreihe gehörte, bei den anderen der zweiten zugeordnet wurde. Die Inhalte der Komplexe waren ziemlich „gewöhnlicher Natur“, entbehrten aber nicht alles Interesses. Auch dieses fehlte vollkommen bei dem dritten Komplex, welcher der Selbstbeobachtungsreihe zugrunde lag, und bei dem nach Aussage der Versuchspersonen die einzelnen Inhalte ohne Zusammenhang und ganz allgemeiner Natur waren, so daß auch die Komplexreizworte nichts Individuelles hatten. Vor den Assoziationsversuchen hatten die Versuchspersonen die Komplexe nach kurzer Besichtigung zu reproduzieren, indem sie in einem nicht ausgeführten Schema die einzelnen Gegenstände bezeichneten; nur selten mußte hierbei nachgeholfen werden. Die technische Anordnung war die bei Assoziationsversuchen übliche (*Hippssches Chronoskop*, *Cattellscher Schalltrichter*, *Achscher Kartenwechsler*, vor und nach jedem Versuch Strommessung und Pendelkontrolle der Uhr). Die Anordnung der je 100 Reizworte umfassenden

Versuchsreihen war derart, daß den ersten zehn irrelevanten Reizworten solche folgten, welche dem Komplex entnommen und teils für das Gesamtbild charakteristisch, teils allgemeiner Natur, teils endlich dem Sinne nach aber nicht explizite im Komplex enthalten waren; letztere nennt Verf. „Grenzgruppenreize“; zur Verstärkung der Wirkungen dienten Konstellationen in Form von mehreren unmittelbar aufeinander folgenden Komplexreizen, wobei jedoch rein zeitliche oder räumliche Zusammenhänge bevorzugt wurden, um die Anregung von Komplexzusammenhängen zu vermeiden; diese Vorsicht wurde auch bei Zusammensetzung der ganzen Reihe geübt; besonderes Gewicht wurde auf die direkte Ablenkung vor und nach den Komplexreizen gelegt durch Einschaltung irrelevanter und nicht zu seltener Reizworte; andererseits wurde wiederum zu starke Ablenkung durch Einnischung von generellen Komplexworten verhindert. Es bestand demnach die Reihe aus starken Komplexreizen mit Ablenkungsreizen, allgemeinen Komplexreizen. Grenzgruppenreizen zum Zwecke allgemeiner Anregung und irrelevanten Reizen. Die Selbstbeobachtung ergab folgende Regelmäßigkeiten: 1. der Komplexzusammenhang wird zumeist sofort nach dem Reize wirksam, und zwar namentlich bei reinen Komplexreizen; die Äußerungsform dieser Wirksamkeit ist entweder ein Wort oder mehrere Worte motorischen, visuellen oder akustischen Inhalts oder ein visuelles Bild von einem Komplexteil bzw. vom Komplexganzen, oder allgemeinerer Natur oder endlich nur eine „Bewußtseinslage“, die wiederum individuelle Verschiedenheiten aufwies; zuweilen kam auch die Beziehung zum Komplex erst unmittelbar vor oder während der Reaktion zum Bewußtsein. 2. Mit dem sich auf diese Weise einstellenden Worte ist die Neigung zur Aussprache verbunden; dieser Neigung wurde entsprochen oder nicht, dort war oft geradezu ein Zwang vorhanden, hier erfolgte die Ablehnung unwillkürlich oder mit dem Bewußtsein der Aufgabe, bezog sich nur auf ein bestimmtes Wort oder war allgemeiner Natur, bildete ein aktives oder passives Verhalten; zuweilen trat ein bereits unterdrücktes Komplexwort noch einmal auf oder es stellte sich ein anderes Komplexwort ein; dieser zwangsmäßige Charakter haftete oft auch den Gesichtsvorstellungen an. 3. Erschien bei passivem Verhalten ein neues Wort, dann wurde es oft ohne Vorstellung von seiner Bedeutung ausgesprochen, so daß es zuweilen zu sinnlosen Reaktionen kam; in manchen Fällen folgte aber auf die gelungene Unterdrückung eine Verlegenheitspause als Vakuum mit unangenehmen Gefühlen, Spannungsempfindungen usw. oder als wiederholte und unbestimmte „Versuche motorischer Entladung“. 4. Dieses Vakuum wurde beendet durch den Eintritt einer Reaktion oder durch ein aktives Suchen, welches übrigens auch zuweilen ohne vorhergehendes Vakuum auftrat und mannigfaltige individuelle Unterschiede zeigte, z. B. Planlosigkeit oder bestimmte Richtung. Analoge Angaben der Selbstbeobachtung machten die Versuchspersonen nach den Hauptreihen. Der Effekt war qualitativ eine irrelevante Reaktion oder ein Komplexwort, das als solches oft erst während oder nach der Aussprache erkannt wird, oder ein früheres Reiz- bzw. Re-

aktionswort, das zu dem jetzigen Reizworte paßte oder nicht, oder sonstige sinnlose Reaktionen oder Klangassoziationen bzw. Wortergänzungen oder Verstümmelungen oder mehrfache Worte oder Asymmetrien (Verschiedenheiten zwischen Reiz- und Reaktionswort in der grammatikalischen Form) oder einfache Wiederholungen des Reizwortes oder Nennungen von Gegenständen des Laboratoriums, auch das Wort „Komplex“ war zuweilen „ununterdrückbar“; die durch Wiederholung früherer Worte entstandenen „habituellen Aushilfs-worte“ waren entweder Komplexworte oder irrelevante Worte, mit denen die Täuschung gelungen war oder nicht; zuweilen scheint eine Einstellung auf eine bestimmte qualitative Abnormität, z. B. Wiederholung oder Asymmetrie vorhanden gewesen zu sein; oft waren auch die Reaktionen auf Grenzgruppenreize, ja zuweilen die der ganzen Reihe qualitativ und zeitlich beeinflusst; überall waren individuelle Verschiedenheiten bemerkbar, indem die einen Versuchspersonen leichter auf kritische Reizworte irrelevant reagierten als andere, bei der einen sich die Abnormität mehr zeitlich, bei der zweiten mehr qualitativ und bei der dritten in beiden Beziehungen äußerte, auch wurden gewisse qualitative Abnormitäten von bestimmten Versuchspersonen bevorzugt. Was nun die zeitliche Abnormität anlangt, so trat bei den Komplexzusammenhängen eine merkliche Verlängerung der Reaktionszeit sowohl dem arithmetischen Mittel wie dem Zentralwerte nach hervor; auch war die Anzahl der „Plusvariationen“ um jede dieser beiden Mittelwerte herum bei den „kritischen“ Fällen größer als bei den anderen. Dieses Resultat stützt sich sowohl auf die Selbstbeobachtungsreihen, wie auf die Täuschungsreihen, nach deren Beendigung die Versuchspersonen die kritischen Fälle bezeichneten; auch machte es keinen wesentlichen Unterschied, ob die Plusvariationen bezogen wurden auf die Mittelwerte aus allen nicht kritischen Fällen oder nur aus den „rein irrelevanten“, bei denen Reiz- und Reaktionswort irrelevant waren, oder endlich aus der ganzen Reihe, ebenso ob die Mittelwerte aus einer Reihe oder aus allen Reihen einer Versuchsperson miteinander verglichen wurden. Diese Zeitverlängerung trat auch bei jenen Fällen hervor, in denen der Komplexgedanke nur dunkel und unsicher mitwirkte. — Da nun der Komplexgedanke zuweilen auch dann wirksam war, wenn es der Selbstbeobachtung entging, ja wenn nach dieser überhaupt keine Bedeutungsvorstellung vorhanden war, so unternimmt Verf. auch eine „objektive Wertung“ seiner Versuche auf Grund der Reaktionszeiten und der Qualität. Als komplexangehörig betrachtet er hierbei nur jene Inhalte, welche explizite in der Vorlage enthalten waren, als irrelevant solche, die mit dieser in keinem Zusammenhang standen, und als Grenzgruppe endlich solche, bei welchen der Zusammenhang möglich war; die den Komplexreizen direkt nachfolgenden reinen irrelevanten Fälle schaltet er aus, da sie zumeist eine „Plusvariation“ zeigten. Es ergab sich nun, daß die prozentuale Anzahl der Plusvariationen bei den kritischen Fällen übernormal groß ist in den Täuschungsreihen, während sie in den anderen Hauptreihen nicht merklich von der der rein irrelevanten Fälle abweicht. Diese Differenz steigert sich

noch, wenn auch die oben angegebene qualitative Abnormität zur objektiven Wertung mit hinzugezogen wird. — Kannte die Versuchsperson den Komplex, aber nicht seinen Zusammenhang mit der Reihe bzw. den Zweck der Versuche und wurden nur ihre spontanen Angaben über eine Komplexwirksamkeit aufgenommen, dann ergaben sich die nämlichen Resultate wie bei den Täuschungsreihen, so daß also der Täuschungswille für die Wirksamkeit einer Komplexkenntnis nicht erforderlich ist. — Um die Frage zu entscheiden, ob für diese Wirksamkeit die Einheitlichkeit des Komplexes nötig ist, wurden auch Versuche angestellt mit zwei Reihen von je zehn untereinander möglichst zusammenhanglosen Paaren zweisilbiger Worte oder von je 15 möglichst zusammenhanglosen einzelnen einsilbigen Worten; die einzelnen Wortpaare oder Worte wurden sukzessive an der Kymographiontrommel vorgeführt, so daß ein Komplex in 20 Sekunden sichtbar wurde; nach fünfmaliger Vorführung hatte die Versuchsperson auf ein ihr genanntes Wort das vorangehende oder folgende anzugeben, konnte sie dies nicht, dann wurde es ihr gesagt; hierauf folgten die beiden Hauptreihen von Assoziationsversuchen wie bei den „Geschichten“, nur daß Grenzgruppen hier wegfielen. Die Resultate ähneln denen bei den Geschichten, nur bei den einzelnen Worten ist die Differenz in den Plusvariationen etwas abgeschwächt, offenbar weil die einzelnen Worte weniger fest eingeprägt waren als die Wortpaare: auch ist nicht zu vergessen, daß bei den Geschichten der Komplex öfter und von mehreren Seiten „angetastet“ wurde und jede Antastung eine Miterregung darstellt. Bei zwei Versuchspersonen, an denen vorher bereits die Versuche mit den Geschichten angestellt waren, führten die Wortpaare und einzelnen Worte zu keinem deutlichen Ergebnis, da diese laut ihrer Angabe keinerlei Erregung verursachten und sich auch nicht eingeprägt hatten. — Den Schluß bildet eine theoretische Zusammenfassung, in der hervorgehoben wird, daß für das Einfallen des Komplexinhaltes in Betracht kommt das Assoziationsgesetz, die Bereitschaft, das Gefühl, der Wille, die Miterregung, die Perseveration und Einstellung, für die Zeitverlängerung und qualitative Abnormität das Suchen, das Vakuum, die Abweisungen, der Komplexgedanke, die Mehrheit der Reproduktionstendenzen, die Gesichtsvorstellungen und das Widerstreben. In bezug auf die Perseveration werden unterschieden die Tendenz zum Bleiben im Bewußtsein und die zur Wiederkehr ins Bewußtsein, beide Tendenzen können wieder auf besonderer Auszeichnung, z. B. durch Gefühl oder auf Wiederholung beruhen; alle diese vier Formen traten in den Versuchen hervor.

Hammer, B., Zur experimentellen Kritik der Theorie der Aufmerksamkeitsschwankungen. Zeitschr. f. Psychol. Bd. 37. S. 363—376.

Die intermittierende Auffassung minimaler Sinneseindrücke hat nichts mit Aufmerksamkeitsschwankungen oder Apperzeptionswellen zu tun. Viel-

mehr beruht das Verschwinden der grauen Ringe an der *Massonschen* Scheibe auf retinaler Ermüdung, auf Lokaladaptation, und ihr Wiederauftauchen auf Fixationsänderungen, wodurch verschieden adaptierte Netzhautstellen mit ins Spiel kommen — falls nicht der Adaptationsprozeß überhaupt intermittierender Natur ist. Durch stetige Änderung des Fixationspunktes kann man daher das ganze Fluktuationsphänomen beseitigen. Als Stütze für diese Auffassung führt Verf. die gelegentliche Beobachtung an, daß er einen Regenbogen verschwinden und wiederauftauchen sah und ihn durch anhaltende, unbewegliche Fixation nahezu eine Minute unsichtbar machen konnte. Auch bei Anordnung von Lichtdifferenzen in einem Abstände von mehreren Metern vom Auge erstreckte sich die adaptative Ausgleichung über sehr weite Grenzen, während bei Änderung der Blickrichtung der Unterschied wieder sehr grell hervortrat, um bei Rückkehr zur ersten Fixationsrichtung wieder zu verschwinden. Vor allem aber stellte Verf. Versuche an, bei denen statt der geräuschvollen *Massonschen* Scheibe rechtwinklige 5×2 cm große Scheiben, die fünf gut merkbare mittelgraue Intensitätsstufen darstellten, zur Anwendung kamen; je zwei Scheiben wurden bei geringer Kontur nebeneinandergelegt und mit einem grauen gefensterten Karton bedeckt; auf der Grenze zwischen den beiden Scheiben befand sich ein Fixationspunkt; als Unterlage des Ganzen diente ein großer mittelgrauer Karton, auf dem das Auge zwischen den einzelnen Teilversuchen ausruhte, da immer nur eine Fluktuation mit Hilfe eines im Schoße zwischen den Händen befindlichen Tasters registriert wurde und dann immer eine Pause von ca. zwei Sekunden folgte; die Markierungen übertrugen sich durch ein *Deprézsches* Signal auf einen *Marey'schen* Zylinder, auf dem auch ein Zeitmarkierer die Sekunden angab; die Versuche fanden bei diffuser, etwas wechselnder Tagesbeleuchtung und monokularer Fixation statt. Als Versuchsperson diente ein Student. Es zeigte sich, daß mit zunehmender Intensitätsdifferenz die Zeit für die adaptative Ausgleichung wächst und letztere sich über sehr weite Grenzen erstreckt; im Verlaufe jedes Versuchs sinken die Zeitwerte kontinuierlich; besonders bei größeren Differenzen waren die negativen Nachbilder leicht zu beobachten und zu registrieren. Im übrigen ist die Registrierung stets eine unsichere durch die Schwierigkeit in anhaltender Fixation des Blicks und der Aufmerksamkeit, durch die Ermüdung des Auges, die Unsicherheit des Urteils und die große geistige Spannung der Versuchsperson. — Die Aufmerksamkeitschwankungen bei Gehörsempfindungen sind schon dadurch verdächtig, daß sie nach *Lange* sehr regelmäßiger, nach *Eckener* und *Lehmann* sehr variabler Natur sein sollen. Vor allem aber kommen nicht bloß Inkonstanzen der Schallempfindlichkeit sondern auch der Schallquellen in Betracht. Konnte doch Verf. tatsächlich an seiner Taschenuhr Intensitätsschwankungen konstatieren, da die von verschiedenen Personen beobachtete Periodik von sechs Sekunden mit der Umlaufzeit des Steigrades sich deckte; die Spitzen des letzteren waren offenbar mit kleinen Ungleichförmigkeiten behaftet; dementsprechend gab die Versuchsperson das Intensitätsmaximum des Ticks

immer in dem Moment an, in welchem Verf. an dem geöffneten Räderwerke eine bestimmte Lage des Steigrades beobachtete. Ebenso zeigten verschiedene Uhren ausnahmslos mehr oder weniger deutliche Schwankungen; diese traten aber auch hervor bei einem unter reguliertem Druck an eine schiefe Glasplatte herabrinnenden Wasserstrahl, beim Bunsenbrenner, bei Pfeifen, die mit konstantem Luftstrom angeblasen wurden, und bei Stimmgabeln, die mit Akkumulatoren getrieben waren. Und so griff Verf. zu einer Versuchsanordnung, bei der der Schall durch das elektro-magnetische Anziehen eines leichtbeweglichen Hebels entstand; die Intermission des Schalls wurde durch ein in die Leitung eingeschaltetes Metronom und seine Abstufung durch den Rheostaten herbeigeführt. Die Konstanz des Stroms war durch großen Widerstand gesichert. Die verschiedensten Beobachter konnten keine Fluktuation konstatieren, weder bei Zuhilfenahme des Registrierapparates, noch ohne diesen bei bloßem Aufhören. Auch ist nicht zu vergessen, daß objektive Intensitätsänderungen vom Gehörsinn qualitativ interpretiert werden und ein großer Unterschied zwischen den spontan auftretenden und experimentell erzeugten Variationen der Schallquelle besteht. Auf Grund dieser Tatsachen leugnet Verf. auch in anderen Sinnesgebieten die Aufmerksamkeitsschwankungen. Gewiß können bei andauerndem Aufmerken auf minimale Sinnesindrücke Aufmerksamkeitsdeviationen vorkommen, aber diese sind nicht zu registrieren und nicht in der Natur der Aufmerksamkeit, sondern in der Versuchsanordnung (unnatürlich starre Körperhaltung mit gehemmter Respiration und dauerndes Hinlenken der Aufmerksamkeit auf einen einförmigen, inhaltslosen Eindruck) begründet. Wenn wir im wirklichen Leben oft einen einförmigen Eindruck verfolgen, dann handelt es sich um ein „biologisch bedeutungsvolles Verhältnis“, um das außerdem „Phantasie und Gedanken in gespanntem Interesse kreisen“; auch wird hierbei den „koordinierten Einrichtungstendenzen“ kein Zwang auferlegt.

Seashore, C. E., Die Aufmerksamkeitsschwankungen. Zeitschr. f. Psychol. usw. Bd. 39, S. 448—450.

Der Aufsatz beschäftigt sich mit der soeben referierten Arbeit *Hammers*, an der er folgendes aussetzt: 1. Die optischen Versuche ergeben nichts Neues, die wichtige Bedeutung der physiologischen Bedingungen ist längst bekannt, aber daraus läßt sich nicht eine Ablehnung zentraler Fluktuationen ableiten; 2. bei den akustischen Versuchen *H.s* handelt es sich um eine Reihe einzelner Schallreize, vermutlich in Abständen von je einer Sekunde; da die Metronomschläge in regelmäßigen Intervallen einander folgten, so paßte sich ihnen die Aufmerksamkeitswelle an, so daß die Abspannung zwischen je zwei Schläge fiel; würden etwa fünf Schläge in der Sekunde erfolgt sein, dann wären auch Schwankungen in der Intensität aufgetreten; 3. daß kein vorher gebrauchter Schallreiz für den Nachweis von Aufmerksamkeitsschwan-

kungen geeignet war, widerlegt Verf. durch einen Versuch mit einem *Runne-Chronometer*, der Fünftelsekunden schlug, an 55 Studenten; obwohl diese von Aufmerksamkeitswellen, dem Zweck des Versuchs und seinen Resultaten nichts wußten, verzeichneten sie ausnahmslos die gewöhnlichen Schwankungen, und zwar folgten diese keiner periodischen Änderung des Chronometers; 4. selbst in seinem Experimente würde *H.* die „Minutenwellen“ gefunden haben, wenn er es nur lange genug fortgesetzt hätte; 5. jedes psychologische Experiment zeigt die Schwierigkeit, die aktive Aufmerksamkeit lange konstant zu erhalten.

Alexander-Schäfer, Gisela, Zur Frage der Beeinflussung des Gedächtnisses durch Tuschreize. Ztschr. f. Psychol. usw. Bd. 39, S. 206—215.

„Tusch“ ist der Zustand, „in welchen das Zentralnervensystem durch heftige sensorische Reize versetzt wird.“ Verf. berichtet zunächst kurz über die Ergebnisse *Hofbauers* in bezug auf die Beeinflussung der willkürlichen Muskelaktion durch Tuschreize. Sie selbst untersuchte die Wirkung, welche die Abfeuerung einer kleinen Zimmerpistole mit blinder Patrone auf das primäre (= unmittelbares Behalten) und sekundäre Gedächtnis hatte. Dieses war der Gegenstand von vier Versuchsreihen. In der ersten hatten die Versuchspersonen die Schläge eines Sekunden angehenden Metronoms laut zu zählen. Der Schuß kam hier, wie auch sonst, ganz überraschend von hinten, so daß stets ein heftiges Zusammenfahren eintrat. Trotzdem hatten die Erwachsenen die letzte vorher genannte Zahl nicht vergessen; die beiden Kinder hingegen von sieben und neun Jahren, hinter denen nicht wie bei den Erwachsenen nur ein, sondern alle fünf Minuten ein Schuß abgegeben wurde, konnten nach den zwei bzw. drei ersten Schüssen zwei bis drei Minuten lang, nach den folgenden beiden wenige Sekunden lang nicht weiter zählen und erst beim fünften bzw. sechsten Schuß trat nur noch das Zusammenzucken ein. In der zweiten Versuchsreihe, die nur an den Erwachsenen angestellt wurde, wurde die Zahl jedes Metronomschlages mit einer bestimmten anderen Zahl, z. B. 7, multipliziert; bei vier Versuchspersonen trat einige Sekunden hindurch eine Unterbrechung des Zählens ein, bei den zehn anderen nur das heftige Zusammenfahren. In der dritten Versuchsreihe war die rotierende Kymographiontrommel mit einer Papierhülle, die aus senkrecht stehenden farbigen Streifen in der Reihenfolge: Rot, Hellblau, Grün, Rot, Dunkelblau, Violett und Hellblau bestand, überzogen; die durch einen in einem Papierschirm befindlichen Spalt blickende Versuchsperson sah jede Farbe vier Sekunden lang; nachdem sie die Reihenfolge auswendig gelernt hatte, mußte sie bei jeder ins Gesichtsfeld tretenden Farbe die folgende nennen; von den zehn erwachsenen Versuchspersonen konnten dies sieben nach dem Schuß nicht tun, bevor die zu nennende Farbe im Spalt

sichtbar wurde. In der vierten Versuchsreihe waren die Farben auf der Trommel: Schwarz, Braun, Orange, Blau, Grün, Rot, Violett, Hellblau, Braun, Orange, Grün, Rot, Violett, Hellblau und Rosa; jede Farbe war jetzt nur noch zwei Sekunden hindurch sichtbar; jetzt konnte keine Versuchsperson mehr über die folgende Farbe irgendwelche Angaben machen. In den Versuchen über das primäre Gedächtnis war die Trommel mit Schwarz, Braun, Orange, Blau, Rot, Grün, Violett, Hellblau und Rosa überzogen; jede Farbe war drei Sekunden lang sichtbar. Die Versuchsperson sah durch den Spalt und wurde öfter gefragt, welches die zuletzt gesehenen Farben waren und welches ihre Reihenfolge war; nach mehreren solchen Vorversuchen an 17 Erwachsenen und an den beiden erwähnten Kindern wurden Schüsse in regelmäßigen Zeitintervallen abgefeuert. Alle Versuchspersonen zeigten nach den ersten Schüssen größere oder geringere Gedächtnisstörungen, indem sie weniger Farben als vorher nennen konnten; allmählig wurden diese Störungen geringer, um nach dem zweiten bis vierten Schuß bei den Erwachsenen und nach dem sechsten bei den Kindern zu verschwinden.

Peters, W., Aufmerksamkeit und Zeitverschiebung in der Auffassung disparater Sinnesreize. Zeitschr. f. Psychol. usw. Bd. 39, S. 401—428.

Den Beginn der Abhandlung bildet ein ziemlich eingehendes Referat über die einschlägigen Arbeiten von *Exner, Bloch, Hämlin, Tracy* und *Weyer*. In seinen eigenen Versuchen benutzte Verf. die *Exnersche* Anordnung, und als die aufzufassenden Reize Schall und Licht. Jener war gegeben durch das Geräusch eines starken der Versuchsperson unsichtbaren Öffnungsfunkens eines von einer Akkumulatorenbatterie gelieferten Stromkreises; seine Intensität wechselte etwas, erwies sich aber als einflußlos, sobald jedoch die Versuchspersonen dadurch sich gestört fühlten, wurden die betreffenden Versuche ausgeschaltet. Als Lichtreiz diente eine elektrische 16 kerzige Mattglasglühlampe. Beide Reize wirkten objektiv entweder simultan oder sukzessive ein. Die Versuche fanden zumeist bei künstlicher Beleuchtung, seltener im Dunkelraum statt; jeder Versuch wurde zwei bis drei Sekunden vorher signalisiert. Die Versuchsperson hatte ihr Kinn eingestützt. Führt eine einmalige Darbietung der Reize nicht zu einem sicheren Urteil, dann wurde sie wiederholt. Als Urteile waren zugelassen: optischer Reiz früher oder später oder gleichzeitig, oder früher bzw. später bzw. gleich fraglich, oder unentschieden. Dieselbe Distanz kam mit Wissen der Versuchsperson in Gruppen von je fünf bis acht Urteilen hintereinander, mit Pausen zwischen je zwei Darbietungen, zur Anwendung; trotzdem zeigten die Urteile einer Gruppe erst bei einer bestimmten Größe des Intervalls keine Schwankungen mehr. An jedem Tage wurde ausgegangen von der völligen oder approximativen Simultaneität und von da aus dasjenige Intervall aufgesucht, bei dem

deutlich eine Sukzession erfaßt wurde, d. h. die ganze Gruppe nur eine Art von Urteilen aufwies und dieses auch allein bei dem um 5 σ und 10 σ größeren Intervallen auftrat, während das um 5 σ kürzere Intervall schon andere Urteile bedang. Der Fortschritt von der Gleichzeitigkeit zu wachsender Ungleichzeitigkeit war aber kein regelmäßiger, sondern erfolgte zwischen 5 und 20 σ in beiden Richtungen d. h., zu größerer oder geringerer Ungleichzeitigkeit. Zu den vier Versuchspersonen gehörte auch der Verf., der auch dann der Versuchsleiter blieb. Die Resultate waren hiervon nicht beeinflusst. Trotzdem stellte er noch an sich in jeder Versuchsreihe „Kontrollversuche“ an, bei denen er von Gruppe zu Gruppe das Intervall und die Aufmerksamkeits-einstellung völlig unregelmäßig variierte. — Nach einigen Vorversuchen begann die erste Versuchsreihe mit indifferenter Aufmerksamkeit, also ohne Bevorzugung eines Reizes. Dem Verf. schien dies „am wenigsten beschwerlich“, einer anderen Versuchsperson dagegen schwieriger als die Einstellung der Aufmerksamkeit auf den Lichtreiz, was sich aber nicht sonderlich in den Resultaten zeigte. Bei diesen wird angegeben die Zahl der sehr vielen Einzelversuche, der Gruppen, der Intervalle, der Versuchstage mit ihrem Datum, die Intervalle, bei denen das Urteil „früher“ oder „später“ konstant wurde, in σ , und zwar sowohl für die einzelnen Tage, wie im Mittelwerte mit der zugehörigen mittleren Variation. Eine Versuchsperson war schwerhörig, so daß ein trichterförmig endender Gummischlauch ihr Ohr mit dem Apparate verbinden mußte; ihre Resultate zeigen eine sehr große mittlere Variation. An sich selbst stellte Verf. diese Versuche im Dunkelraum und daher mit einem Lichtreize von viel geringerer Intensität an; die so gewonnenen Zahlen differiren aber nicht von den an den anderen Versuchspersonen ermittelten. Übungseinflüsse traten nicht hervor, dagegen vergrößerte eine vorübergehende Indisposition einer Versuchsperson die Schwelle für „früher“. Im übrigen differierten die einzelnen Versuchspersonen stark voneinander. Bei der einen war das Intervall für früher kleiner als für später, bei den drei anderen war es größer, aber die Größe der Differenz war bei allen drei sehr verschieden; eine fünfte Versuchsperson urteilte an fünf Tagen selbst bei einem Intervall von 165 σ noch nicht konstant „früher“ und eine sechste wiederum selbst bei einem Intervall von 110 σ nur dreimal „später“. Es ist also zu vermuten, daß noch eine individuell verschiedene, unbewußte, „natürliche“ Aufmerksamkeitseinstellung mit im Spiele ist. Eine getrennte Berechnung der Intervalle mit 50—75 % und mit 75—100 % früher — bzw. später — Urteile unter Zugrundelegung aller Versuche einer Person, ergibt ein Zusammenfallen des Schwellen-Mittelwertes mit dem ersten Intervall. Auch diese Berechnung findet sich in jeder Versuchsreihe. Um den Einfluß der Intensität zu ermitteln, wurde diese durch einen in den Stromkreis der Lampe eingeschalteten Flüssigkeitswiderstand auf $\frac{1}{10}$ herabgesetzt; Versuchsperson war Verf. selbst: das Intervall für „früher“ wurde um 12 σ , das für „später“ um 7 σ größer. — In der zweiten Versuchsreihe wurde die Aufmerksamkeit auf den akustischen Reiz konzentriert; die

Versuchspersonen hatten auch die charakteristischen Spannungsempfindungen; die eine glaubte trotzdem die Aufgabe nicht erfüllen zu können, aber ihre Schwelle für „früher“ erfuhr doch gegenüber der ersten Versuchsreihe eine merkliche Vergrößerung; das nämliche war bei einer zweiten Versuchsperson der Fall, während bei der dritten — die schwerhörige Versuchsperson wurde hier nicht mit herangezogen — das Gegenteil eintrat. Diese Versuchsperson urteilte auch „später“ bereits bei einem kürzeren Intervall als in der vorigen Versuchsreihe, während bei der zuerst genannten Versuchsperson das Gegenteil hervortrat und bei der dritten der um 46 σ im Mittel vor dem Schallreiz erfolgende Lichtreiz als „früher“ konstant beurteilt wurde. Die mittlere Variation war zumeist relativ groß und oft zeigte sich kein Unterschied von der indifferenten Aufmerksamkeitseinstellung, obgleich es die Versuchspersonen nur manchmal bemerkten. — In der dritten Versuchsreihe wurde die Aufmerksamkeit auf den optischen Reiz eingestellt. Bei allen vier Versuchspersonen erfährt der Schwellenwert für „früher“ eine Verringerung, ja liegt bei einer Versuchsperson bei dem um 39 σ im Mittel später als der Schallreiz erfolgenden Lichtreiz; die Schwelle für „später“ erfährt durchgehends eine Vergrößerung. Auch hier stellte Verf. an sich neben den üblichen Kontrollversuchen noch solche mit herabgesetzter Intensität des Lichtreizes an, die wiederum ergaben, daß letztere ohne Einfluß ist. Die individuellen Unterschiede der ersten Versuche kehren auch hier wieder, so daß sich hier die Wirkungen der natürlichen und willkürlichen Aufmerksamkeitseinstellung summieren. — In der vierten Versuchsreihe wurde der Effekt der Akkommodation durch Vorsetzen von Konvexlinsen mit einer Brechkraft zwischen 10 und 20 Dioptrien vor das beobachtende Auge ausgeschaltet; meistens wurde das überkorrigierende Glas von einem Einzelversuch zum andern gewechselt. Alle drei Versuchspersonen zeigten bei Einstellung der Aufmerksamkeit auf den Lichtreiz eine Annäherung an die Werte bei indifferenten Aufmerksamkeit, bei Einstellung der Aufmerksamkeit auf den Schallreiz und bei indifferenter Aufmerksamkeit keine Beeinflussung der Urteile. Die letztere Tatsache beweist, daß wie die Lichtintensität auch die Größe des Netzhautbildes ohne Einfluß ist. — Die folgenden Versuche stellte Verf. nur an sich an. In ihnen wurde zunächst entweder der Schallreiz durch einen niedrig gespannten Gleichstrom und durch Einschaltung eines Widerstandes, oder der Lichtreiz ebenfalls durch einen *Ruhstratschen* Widerstand der Ebenmerkllichkeit genähert. Die Schwellen für „früher“ und „später“ lagen dann zwischen denen bei willkürlicher und indifferenter Aufmerksamkeitseinstellung: auch in der Selbstbeobachtung erwies sich die Aufmerksamkeitskonzentration nicht als konstant. Ferner erfolgte eine unwillkürliche Konzentration der Aufmerksamkeit durch zwei Signalreize im Abstände von 1,8 Sekunden, und zwar entweder in der Form des Schall- oder des Lichtreizes. Im allgemeinen wirkten diese ablenkend, wenigstens zeigte sich bei akustischem Signal eine ähnliche, nur nicht so starke Veränderung der Schwellenwerte für „früher“ und „später“ wie bei willkürlicher optischer Einstellung; dementsprechend

war auch bei optischer Signalisierung die „Früher“-Schwelle ähnlich wie bei willkürlicher akustischer Einstellung abgeändert, da jedoch die „Später“-Schwelle hier der bei optischer Einstellung nahe stand, so muß die Signalisierung auch „bahnend“ gewirkt haben; die Schwankungen waren so groß wie bei willkürlicher Konzentration. — Schließlich durchprobte Verf. an sich alle bisher erwähnten Versuchsreihen mit der Abänderung, daß eine kontinuierliche Reihe der Reizpaare solange dargeboten wurde, bis das Urteil mit Sicherheit erfolgte; dieses war zwar nie vor acht bis zehn Reizdarbietungen der Fall, aber die subjektive Sicherheit nahm durchaus nicht immer mit der Zahl der Darbietungen zu, dagegen führte letztere zu einer Bevorzugung des „Später“-Urteils unter deutlicher Rhythmisierung mit Betonung des Schalleindrucks; noch häufiger allerdings näherten sich beide Reize im Verlaufe der Darbietung der Simultaneität. Im übrigen zeigen die einzelnen Versuchsreihen zueinander die nämlichen Beziehungen wie bei Einzelversuchen. Die Unterschiede von diesen waren folgende: Bei indifferenter Aufmerksamkeit war die „Früher“-Schwelle vergrößert, vielleicht infolge der Tendenz zur Bevorzugung des „Später“-Urteils; bei akustischer Einstellung waren beide Schwellenwerte vergrößert und erfolgten wiederum bei der optischen Reihenfolge Licht-Schall; auch bei optischer Einstellung sowohl mit wie ohne Ausschaltung der Akkomodation, ebenso bei akustischer Signalisierung trat diese Vergrößerung beider Schwellen hervor, während bei optischer Signalisierung die „Früher“-Schwelle vergrößert, die „Später“-Schwelle verkleinert war. Einige Versuche dieser Art an einer anderen Versuchsperson zeigten ebenfalls die Tendenz zur Bevorzugung der „Später“-Urteile. — In all diesen Ergebnissen sieht Verf. eine Stütze „der Wundt-Külpeschen Hemmungstheorie und der Exnerschen Hemmungs- und Bahnungstheorie“ über das Wesen der Aufmerksamkeit. Die natürliche Aufmerksamkeit ist nur „eine individuelle Bevorzugung einer bestimmten Art von Bahnungen und Hemmungen“; daß durch diese bestimmte Perzeptionsakte beschleunigt, andere verzögert werden, drückt sich in der Zeitverschiebung bei akustischer und optischer Einstellung aus. Die partielle Aufhebung dieser Aufmerksamkeitswirkung durch Ausschaltung des Akkomodationseffektes rührt vielleicht von der geringeren Deutlichkeit des Netzhautbildes her, wobei jedoch zu bedenken ist, daß die Zeitverschiebung durch die Ausschaltung der Akkomodation bei indifferenter Aufmerksamkeit nicht hervortritt, die Wirkung der willkürlichen Konzentration also eine spezifische sein muß. Jedenfalls ergibt sich: „Die Verbindung zwischen dem zentral bedingten Aufmerksamkeitszustand und bestimmten Muskelaktionen, die sensorische Effekte erzielen (die deutliche Abbildung bei akkomodiertem Auge), muß als eine so innige betrachtet werden, daß die Ausschaltung der letzteren die erstere in ihrer Wirkung schmälert.“ — Endlich sei noch erwähnt, daß die einzelnen Ergebnisse auch graphisch veranschaulicht werden. Trotzdem sind die auch mit sonstigen Bedenken und Mängeln behafteten Ausführungen nichts weniger als übersichtlich.

Angier, Roswell P., Die Schätzung von Bewegungsgrößen bei Vorderarmbewegungen. Zeitschr. f. Psychol. usw. Bd. 39, S. 429—447.

Unter wesentlicher Vereinfachung und darum Verbesserung der bisher üblichen Versuchsbedingungen in diesem Gebiete ließ Verf. die Bewegungen nur im Ellbogengelenk ausführen, so daß sie kreisförmig waren. Zweitens hatte Normal- und Vergleichsbewegung dieselbe Richtung und den nämlichen Ausgangspunkt, so daß bei der letzteren nicht neue Muskeln und Gelenke in Aktion traten. Drittens vollzogen sie sich in begrenztem Spielraum, so daß die beurteilte und wirklich zurückgelegte Strecke nicht durch ein Plus an Triebkraft am Ende der Bewegung und durch die Urteilsbildung während der letzteren divergierten. Das Verfahren war ein sukzessives, das Urteil bezog sich immer auf die zweite Bewegung und war „gleich“, „größer“ und „kleiner“. Versuchsperson war nur der Verf., der die Bewegungen mit dem entblößten rechten Vorderarm bei geschlossenen Augen ausführte, während der Ellbogen sich auf einen Klotz stützte. Hierbei wurde ein Brett mit zwei Paaren spitzer ca. 1,5 cm hoher Stifte benutzt; die Verbindungslinie jedes Paares verlief parallel der Frontalebene der Versuchsperson, während der Abstand bei dem einen Paare konstant blieb, war er bei dem anderen durch Verschiebung des rechten Stiftes variabel; vermittelt einer Verschiebung des ganzen Brettes fiel der linke Stift des konstanten bzw. variablen Paares in denselben Ort, den gemeinsamen Ausgangspunkt der beiden Bewegungen. Durch natürliches Hin- und Herbewegen des Vorderarmes, wobei die Mittelfingerspitze die Stiftspitzen leicht berührte, wurde eine Schätzung des Normalabstandes gewonnen, dann verschob der Gehilfe schnell das Brett, so daß fast ohne Unterbrechung der Bewegungen Vergleichs- und Normalstrecke miteinander verglichen werden konnten. Nach einiger Übung waren alle merklichen fremden Gelenkbewegungen ausgeschaltet. Die konstante Strecke betrug stets 10 cm, die andere variierte zwischen 9,2 und 10,8 cm in Stufen von je 2 mm; da nun auch die konstante Strecke mit sich selbst verglichen wurde, so bestand eine Gruppe aus neun Einzelmessungen, deren Reihenfolge immer durchs Los bestimmt wurde; in der einen Gruppe befand sich die konstante, in der andern die variable Strecke an erster Stelle; bei jeder Bedingung wurden zehn solcher Doppelgruppen ausgeführt; in jeder Doppelgruppe wurde die konstante Strecke in derselben Lage belassen, so daß das relative Lageverhältnis der beiden Strecken in einer Doppelgruppe nur einmal vorkam und eine Beeinflussung des Urteils durch Gewöhnung an bestimmte Lageverhältnisse ausgeschlossen war. Die Versuchsbedingungen waren folgende: Zunächst wurden zur Bestimmung der „Norm“ in zwei Versuchsreihen von je 180 Einzelmessungen natürliche und aktive „einfache“ Bewegungen vorgenommen. Ferner wurde ein Gewicht von 1400 g. welches nach links zog und so den Extensoren entgegenwirkte, oder ein solches von 3325 g. welches nach rechts zog und den Flexoren entgegenwirkte, ver-

wendet, und zwar jenes sowohl bei beiden Bewegungen wie auch nur bei der zweiten, dieses nur bei der zweiten Bewegung; das Gewicht hing an einer Schnur, die über einer Rolle über den rechten bzw. linken Tischrand führte und am anderen Ende an einer 3 cm breiten den Vorderarm bis eben oberhalb des Handgelenks überziehenden Tuchmanschette befestigt war. In einer 6. Versuchsreihe wurde die Armlage geändert durch Drehung des Brettes um eine durch den Stützpunkt des Ellbogengelenkes senkrecht führende Achse; die Drehung erfolgte zwischen der Normal- und Vergleichsbewegung; nach links wie nach rechts wurden fünf verschiedene Stellungen gegeben, in welchen die Stifte um je 10 mm mehr von ihrer ursprünglichen Stelle entfernt wurden, so daß im ganzen elf verschiedene Ausgangspunkte möglich waren. In einer siebenten Versuchsreihe handelte es sich um passive Bewegungen, wobei der Ellbogen auf ein Brettchen gelagert wurde, das durch einen Gehilfen um einen Zapfen gedreht werden konnte und sich wie eine Armschiene bis in die Hand erstreckte; der Zeigefinger fiel in einem Ausschnitt am vorderen Brettchenrand nach unten, während die anderen Finger auf der oberen Brettfläche ruhten; der Arm wurde auf dem Brett mit einem Tuchband festgeschnallt; durch Klötze auf dem Grundbrett wurde die Bewegung gehemmt, wenn die Fingerspitze die Stifte berührte. Die Resultate sind mitgeteilt in bezug auf die Prozentzahl der richtigen Fälle für die Darbietung der konstanten Strecke an erster wie an zweiter Stelle und für beide Stellen zusammen; in derselben dreifachen Weise wird angegeben, wie viel Unter- und Überschätzungen auf 100 falsche Fälle kommen. Es ergab sich nun, daß die Prozentzahl der r-Fälle in all den angeführten Reihen annähernd dieselbe, nämlich 70 war. Dagegen betrug sie kaum 50% als die zweite Bewegung ca. viermal so schnell als die erste ausgeführt wurde, und zwar gilt dies sowohl von einer Reihe mit aktiven wie von einer mit passiven Bewegungen; unter den falschen Fällen befanden sich bei diesen beiden Reihen jedesmal mehr als 90% Überschätzungen, die auch noch bei den r-Fällen mitwirkten, da in der Hälfte der Fälle die zweite Bewegung tatsächlich größer als die erste war. Daß aber nicht etwa dementsprechend bei den Versuchen mit den hemmenden Gewichten eine Verlangsamung der Bewegung und damit eine Unterschätzung, welche eine etwaige Überschätzung infolge des Widerstandes kompensierte, im Spiele war, erwies sich durch Kontrollversuche. Bei diesen wurden zunächst 63 Versuche ausgeführt mit Bewegungen in dem durch das Metronom festgestellten normalen Rhythmus, so daß Normal- wie Vergleichsbewegung $\frac{3}{4}$ Sekunden dauerte; dann wurde eine zweite Versuchsreihe unternommen, bei welcher die Normalbewegung $\frac{3}{4}$ Sekunden und die Vergleichsbewegung $1\frac{1}{2}$ Sekunden dauerte; die Anzahl der falschen Fälle war in beiden Reihen ziemlich gleich (27% und 28%), von ihnen aber waren in der ersten Reihe 72%, in der zweiten nur 53% Unterschätzungen. Der Grund für den erwähnten Einfluß der Schnelligkeit liegt nicht etwa in der Kontraktion der antagonistischen Muskelgruppe und in der dadurch bedingten größeren

Spannung der Gesamtmuskulatur; allerdings war diese so stark, daß das feinere Unterscheidungsvermögen, soweit es in den Muskeln und Sehnen seinen Sitz hat, erheblich reduziert erschien; aber ein Vergleich der Ergebnisse bei normaler passiver Bewegung mit denen bei normaler aktiver und weiterhin mit denen bei Gewichtswiderständen, und namentlich ein Vergleich der Ergebnisse bei schneller passiver Bewegung mit denen bei schneller aktiver Bewegung zeigt nichts von einer so bedingten Überschätzung. Vielmehr kommt zunächst die gesteigerte Geschwindigkeit selbst in Betracht, durch welche die beiden Gelenkflächen schneller aneinander vorbeigleiten und auch die Faltenbildung in den Gelenkkapseln sich schneller vollzieht, so daß in der Zeiteinheit mehr sensible Endorgane gereizt werden. Logisch noch vollkommener ist die Erklärung durch die größere lebendige Kraft, welche der Arm am Ende der schnelleren Bewegung besitzt, so daß durch eine Art Stoßwirkung der gegenseitige Druck der Gelenkflächen plötzlich zunimmt und durch eine Irradiation auch diejenigen sensiblen Endorgane gereizt werden, welche erst bei fortgesetzter Bewegung direkt erregt worden wären. Daß entsprechend dieser Hypothese in den Kontrollversuchen nicht eine gesteigerte Unterschätzung eintrat, lag zunächst daran, daß eine gewisse Schwelle der Geschwindigkeitsdifferenz nicht überschritten wurde; auch ist der Rückschluß von der Beschleunigung der zweiten Bewegung auf die der ersten Bewegung unstatthaft. Jedenfalls spricht gegen die Annahme, daß die Raumschätzung und Bewegungsempfindung überhaupt nicht in den Gelenken, sondern in den Muskeln und Sehnen sitze, abgesehen von den Versuchen *Goldschaiders* und anderer die erwähnte Übereinstimmung zwischen aktiver und passiver beschleunigter Bewegung in bezug auf die Überschätzung und die Bedeutungslosigkeit des Unterschiedes von Aktivität und Passivität der Armlage, der Behinderung durch Gewichtswiderstände für die Präzision der Schätzung. Die Gleichgültigkeit der Armlage beweist auch, daß es sich in diesen Versuchen um Bewegungs- nicht um Lageempfindungen handelt. — Ein konstanter Zeitfehler trat nicht hervor. Die Abweichungen seiner Resultate von denen anderer Forscher führt Verf. auf die anderen Bedingungen der früheren Versuche zurück, die aber auch „feinere“ Feststellungen bezüglich der quantitativen Unterschiede zwischen Normal- und Vergleichsbewegung unmöglich machten.

Gordon, Käte, Über das Gedächtnis für affektiv bestimmte Eindrücke. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. VI, S. 437—458.

Külpe, O., Bemerkungen zu vorstehender Abhandlung. Ebenda Bd. VI, S. 459—464.

Es handelt sich um den Einfluß der Annehmlichkeit oder Unannehmlichkeit gewisser visueller Erlebnisse auf die Genauigkeit der Erinnerung an diese Erlebnisse. In der ersten Versuchsgruppe saß die Versuchsperson 2 m von einem großen grauen Schirm entfernt, der eine vierseitige Öffnung

von 17×17 cm hatte; durch diese sah sie bei Tagesbeleuchtung eine farbige Figur drei Sekunden lang an, um nachher ihre Erlebnisse genau zu Protokoll zu geben; im ganzen wurden 30 Figuren gezeigt und sechs psychologisch geschulte Versuchspersonen (Herren und Damen, In- und Ausländer) herangezogen; das Protokoll wurde so ausgenutzt, daß „jede unabhängige Tatsache oder Bestimmung, die die Versuchsperson bemerkt und wiedergegeben hatte“, als Eins gerechnet und an der Anzahl der richtigen Punkte die Genauigkeit der Erinnerung gemessen wurde. Die Bilder wurden von den Versuchspersonen als schwer oder mittelschwer oder leicht bezeichnet. Mitgeteilt werden für die gefälligen, mißfälligen und indifferenten Bilder in jeder dieser drei Gruppen die Anzahl der Versuche und die Durchschnittszahl der erinnerten Punkte mit der zugehörigen mittleren Variation, sowohl für jede einzelne Versuchsperson getrennt, als für alle zusammen. Drei Wochen nach der ersten Exposition wurden dieselben Bilder, untermischt mit einigen neuen, nochmals gezeigt. Es ergaben sich beide Male keine eindeutigen Werte für den Einfluß des Unterschiedes zwischen gefälligen, mißfälligen und indifferenten Bildern. Auch als 50 schwarzweiße Bilder verwendet wurden, trat weder nach der ersten noch nach der zweiten Exposition dieser Einfluß hervor. Indes fehlte es in all diesen Versuchen an objektiven Kriterien für die Vergleichbarkeit der Komplexität der Bilder wie auch für die der möglichen Punkte in Zahl, Art und Bedeutung; die Bilder zeigten ferner apperzeptive und assoziative Schwierigkeiten; endlich waren auch die Schwierigkeiten der Beschreibung durchaus nicht immer die nämlichen. Daher wurden Versuche im Dunkelmzimmer bei gleichmäßiger Beleuchtung vorgenommen, und zwar bei einer Expositionsdauer von nur einer Sekunde, um das Abschweifen der Aufmerksamkeit und eine allzu geringe Fehlerzahl zu verhüten; als Objekte dienten 40 vierseitige Karten, in deren jeder neun mit farbigen Gelatineplättchen überzogene quadratische Felder ausgeschnitten waren; die Felder wurden auf einen Schirm projiziert; in jeder Figur kamen drei bis vier und im ganzen sieben verschiedene Farben (Rosa, Rot, Orange, Gelb, Grün, Blau und Violett) zur Anwendung; die Versuchsperson saß 7 m vom Schirm entfernt und konnte, da das ganze Bild in seiner Diagonale 1,15 m maß, alle Farben im indirekten Sehen leicht erkennen; ein mit Leuchtfarbe bestrichener Fleck diente als Fixationspunkt. Die Versuchsperson hatte die gesehenen Farben und Stellen nach vorher verabredeten Bezeichnungen zu benennen; jede richtig genannte und lokalisierte Farbe galt als drei Punkte (Name, horizontale und vertikale Reihe); falsche Lokalisierung einer richtig angegebenen Farbe zählte als ein Punkt; war die Lokalisation nur in einer der beiden Reihen falsch, dann zählte die Angabe als zwei Punkte; dies war auch der Fall, wenn bei richtiger Lokalisation Rot mit Rosa, Blau mit Violett, Gelb mit Orange verwechselt wurde. Auch diese Versuche wurden acht Tage später wiederholt. Trotz der verbesserten Versuchsbedingungen war aber das Resultat wieder stets negativ. An Nebenergebnissen hebt Verf. folgende hervor: In den ersten Versuchen traten Assoziationen auf,

und zwar als Erinnerungsbilder oder Wortvorstellungen, jedoch zeigte ihre Anzahl wieder keine eindeutige Beziehung zu der Unterscheidung zwischen gefälligen, mißfälligen und gleichgültigen Bildern; nur ein gewisser Antagonismus zwischen der Zahl der Erinnerungsbilder und Wortvorstellungen machte sich bei zwei Versuchspersonen bemerkbar. Die Gründe des Gefallens waren: Beschaffenheit der einzelnen Farben (Nuance, Glanz, Sättigung und emotionelle Stimmung), Zusammenstellung der Farben, geschickte Zeichnung, Symmetrie und Einheit der Figur, Regelmäßigkeit, unter Umständen Unregelmäßigkeit. Bedeutung oder Inhalt (assoziativer Faktor), Neuheit und Wiedererkennen: Gründe des Mißfallens waren: Beschaffenheit der einzelnen Farben, ihre Zusammenstellung, Unbestimmtheit der Form, Unregelmäßigkeit und Sinnlosigkeit. Für das Wiedererkennen machte es keinen Unterschied, ob es sich um gleichgültige, gefällige oder mißfällige Eindrücke handelte; bei den ersten Versuchen wurden fast alle Bilder wiedererkannt, bei den späteren fast gar keine. Es überwog eine Verbesserung der affektiven Wirkung in der Erinnerung. Nur bei sehr wenigen Bildern stimmten die Versuchspersonen in der Beurteilung der Gefühlsbetonung überein, am meisten noch bei den angenehmen Bildern; auch die Beurteilung der Schwierigkeit der Aufgabe zeigte selten eine Übereinstimmung. Die Erinnerungen an die leichte Klasse überwogen nach der ersten Exposition, während nach der zweiten Exposition diese Erscheinung weniger scharf ausgeprägt war. In der „Erklärung der Resultate“ weist Verf. auf die angegebenen individuellen Differenzen und auf den Unterschied zwischen dem direkten und indirekten Einfluß des Gefühls auf den Gedächtnisprozeß hin; direkt ist der Einfluß bei unmittelbar gesteigerter Tendenz zur Assoziation und Reproduktion; indirekt ist er, wenn ein Anziehen oder Abstoßen der Aufmerksamkeit als Vermittlung auftritt: letzteres war in diesen Versuchen nur gelegentlich vorhanden. Zum Schluß setzt sich die Verf. noch mit den Erörterungen über den Zusammenhang von Gefühl und Gedächtnis, wie sie von *Ribot*, *Titchener*, *Horwicz*, *Fauth*, *Störring*, *Colegrove* und *Kowalewski* gemacht wurden, auseinander.

Im Anschlusse an diese Ausführungen bemerkt *Külpe*, daß a priori die Dauer und Lebhaftigkeit der Empfindung und ihre Beziehung zu anderen Bewußtseinsinhalten, ferner die Perseverationstendenz, die Reproduzierbarkeit, die Reproduktionstendenz und die Assoziabilität, endlich die Bedeutung für die Aufmerksamkeit, das Wollen und Handeln von dem Gefühl beeinflusst sein kann. Was nun die Reproduktionstendenz, Bereitschaft, Perseverationstendenz, Reproduzierbarkeit, Assoziationsfestigkeit und Assoziabilität der Empfindung anlangt, so kann sie durch das Gefühl gefördert oder gehemmt, gesteigert oder verringert werden; Lust und Unlust können gleichsinnig oder ungleichsinnig, direkt oder indirekt wirken. All dies gilt auch von einem Empfindungskomplex, wie er den *Gordonschen* Versuchen zugrunde lag. Die Stärke der Reproduktionstendenz zeigte sich in diesen als unabhängig von dem affektiven Charakter des Eindrucks. Aber diese Unabhängigkeit ist auch bei der Empfindlichkeit und Unterschiedsempfindlichkeit, bei

der Ausführung bestimmter wissenschaftlicher Aufgaben, bei dem Wollen und Handeln nach Prinzipien erwiesen. Es handelt sich eben um eine „Emanzipation des Intellekts und des Willens von den Gefühlen der Lust und Unlust“, die um so leichter gelingt, je einfacher und durchsichtiger die Aufgabe und die Mittel zu ihrer Lösung sind. Hat das Gefühl einen Einfluß auf den Intellekt, so ist er ein mittelbarer und mehrsinniger (Befestigung oder Schwächung der gestellten Aufgabe, die durch Lust oder Unlust an der gestellten Aufgabe bedingte Beförderung oder Beeinträchtigung der Lösung). Ein einfacher prinzipieller Gegensatz in der Wirkung von Lust und Unlust auf die intellektuellen Prozesse besteht jedenfalls nicht, wobei übrigens noch zwischen aktiver und passiver Lust bzw. Unlust zu unterscheiden wäre. Ferner zeigen die Versuche, daß Lust und Unlust keine Grundlage des Wiedererkennens ausmachen, sie sind zu wenig differenziert, um als Reproduktionsmotive für die Besonderheiten der Vorstellungen zu dienen. Das spricht gegen die „pluralistische Lust- und Unlusttheorie“ im extremen Sinne, ohne allerdings bereits die einfache Lust- und Unlusttheorie in ihrer strengen Form notwendig zu machen; gegen jene spricht aber auch die Tatsache der Gefühlsübertragung. Endlich weist K. auf den Mangel hin, daß bei G. sich die Mittelwerte für jede Versuchsperson auf verschiedene Objekte beziehen infolge der individuellen Differenzen bei der Beurteilung der Gefühlsbetonung und der Schwierigkeit, welch letztere sich auf die sinnliche Auffassung, auf die Einprägung der Elemente und ihrer Anordnung, auf die Beschreibung und auf die Beziehung zu den vorangegangenen Versuchen stützen konnte, obgleich sie sich allerdings vorschriftsmäßig nur auf das erste Moment stützen sollte.

Kiesow, F., Über einige geometrisch-optische Täuschungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. VI, S. 289—305.

Eine horizontale, frei endende Gerade von 30 mm erscheint größer als eine gleich lange, die am Ende eine vertikale Begrenzungslinie hat oder den horizontalen Schenkel eines rechten Winkels bildet; ist letzterer gleichschenkelig, dann erscheint der vertikale Schenkel als die größte von allen drei Linien. Der Grund liegt in dem Unterschiede zwischen Ruhe und Bewegung oder in den verschiedenen Graden der Leichtigkeit in der Bewegung des Auges. Diese Momente kommen bei allen konstanten und variablen Streckentäuschungen in Betracht. Daher erscheint bei vier gleich langen horizontalen Graden, von denen die eine in der Mitte, die andere nach dem Ende zu einen Punkt über sich hat, die dritte zwischen den beiden Scheitelpunkten zweier nach innen spitzer Winkel liegt und die vierte frei endet, die letztere, die Normalstrecke, länger als die erste, dagegen kürzer als die beiden anderen. Wird bei der zuerst genannten Täuschung die Begrenzungslinie verlängert, so schwächt sich die Täuschung durch Kontrast im Wundtschen Sinne ab, ohne aber jemals ganz zu verschwinden; dasselbe gilt von dem

rechten Winkel. Anders, wenn es sich um eine beiderseitige Begrenzung handelt. Sobald die gleich langen vertikalen Begrenzungslinien eine gewisse Länge überschritten haben, wird die eingeschlossene Horizontale unterschätzt, wobei allerdings ein gewisser Wettstreit der miteinander verglichenen Strecken auftritt, weil bald die Normal- bald die Vergleichsstrecke mit relativ ruhendem oder bewegtem Auge erfaßt wird. Fügt man an den Scheitelpunkt eines rechten Winkels eine nach oben links gerichtete Gerade an und haben alle diese drei Linien dieselbe Länge wie eine frei endende horizontale Gerade, so erscheint die schräge Linie noch größer als die senkrechte, ist also scheinbar die größte unter allen vier Linien, weil sie sich dem Bewußtsein zuerst und sofort aufdrängt (*Schumann*) und weil in ihrer Richtung der Blick wandert; ein Wettstreit bei längerem Betrachten trat hier nur beim Vergleich der schrägen und senkrechten Linie ein, da infolge ihrer Lage der Blick leicht von einem Stück zum andern wandern kann und durch den Vorgang der Vergleichung Veränderungen geschaffen werden, die auf den Momenten der Bewegung und Ruhe des Auges beruhen; dem perspektivischen Sehen spricht hierbei der Verf. im Gegensatz zu *Ebbinghaus* keine wesentliche Bedeutung zu, da es von den meisten nur auf Aufforderung hin geübt wird. — Wird eine Horizontale um ein Stück, das durch einen kleinen vertikalen Teilstrich von ihr getrennt ist, verlängert, dann erfährt sie eine Überschätzung; wird die Verlängerung kontinuierlich fortgesetzt, dann tritt zunächst von einem bestimmten Punkte an eine fortschreitende Verminderung der Täuschung auf bis zu einer zweiten Stelle, von welcher an die weitere Verlängerung wirkungslos bleibt; die Überschätzung der Vergleichsstrecke schwindet aber nie, so groß auch objektiv ihre Länge und Verlängerung sei: gleicht letztere der Vergleichs- bzw. Normalstrecke, dann tritt ein Oszillieren hervor. Aus diesen Tatsachen folgert Verf., daß bei der *Müller-Lyer*-schen Figur nicht der Kontrast die Hauptrolle spielt. Zum Nachweis hierfür vergleicht er eine frei endende 15 mm lange Horizontale mit vier anderen gleich großen wagerechten Geraden, von denen je zwei einseitig und beiderseitig um ein durch einen kleinen vertikalen Strich getrenntes Stück verlängert sind, und zwar das eine Mal um 5, das andere Mal um 30 mm. Die beiden einseitigen Begrenzungen bedingen eine Überschätzung, bei den beiden beiderseitigen ist nicht das Verhältnis zur Normalstrecke in dem einen Fall die Umkehrung von dem in dem andern Falle, wie es der Kontrast verlangen würde. Dieser wirkt also nur schwach mit und wird oft durch das Motiv der Augenbewegung verdeckt, so daß bei starrer monocularer Fixation die Täuschung bei der Strecke zwischen den kleinen Ansatzstücken zurücktritt und die Linie zwischen den beiden großen Ansatzstücken als die kleinste von allen erscheint. Vielmehr handelt es sich hier vor allem um eine auf Augenbewegungen beruhende „Einstellungstäuschung“, wie schon *Ebbinghaus* betonte. Beim gewöhnlichen binokularen Sehen wird die Normalstrecke stets mit relativ ruhigem Auge erfaßt, bei einseitiger Begrenzung durch kurze Ansatzstücke geht die Bewegung über diese hinaus, bei beiderseitiger Be-

grenzung beginnt die Bewegung bereits vor der Begrenzung; lange Ansatzstücke hemmen die Bewegung, so daß die eingeschlossene Strecke mit relativ ruhendem Blick erfaßt wird. Es handelt sich hier um ähnliche Vorgänge wie bei der Verlängerung der Schenkel in der *Müller-Lyerschen* Figur. Aber diese Hemmung ist nur eine relative; denn vergleicht man in der *Müller-Lyerschen* Figur die eingeschlossene Gerade mit der gleich langen freientenden, so wird jene selbst bei sehr langen Schenkeln noch überschätzt. Im übrigen treten auch bei einseitiger Begrenzung durch gleiche langschenkelige Winkel dieselben Erscheinungen auf, wie bei einseitiger Verlängerung. In bezug auf die Mitwirkung perspektivischer Nebenvorstellungen stellt sich Verf. auf die Seite *Wundts*, während er die *Lippsche* Theorie nur als Erklärung der Wirkungen, nicht der Ursachen der Täuschungen akzeptiert. Dem Text sind zehn Figuren eingezeichnet.

Botti, Luigi, Ein Beitrag zur Kenntnis der variablen geometrisch-optischen Streckentäuschungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. VI, S. 306—315.

Die Überschätzung einer ungeteilten horizontalen Geraden gegenüber einer in der Mitte geteilten, bei der übrigens die gegenseitige Lage der nebeneinander befindlichen Strecken eine individuell verschiedene Bedeutung hat, nimmt immer mehr ab, je mehr der Teilpunkt sich einem Ende nähert, und schlägt nach einigen Oszillationen an einem bestimmten Punkte in ihr Gegenteil um; verschiebt sich der Teilpunkt über diese Stelle hinaus noch mehr zum Ende, zu dann wird die neue Täuschung immer deutlicher. Diese Erscheinungen beobachtete Verf. an zwei wagerechten Graden von je 30 mm Länge, die in einem Abstände von 15 mm nebeneinander lagen und auf einem Karton von 18 cm Länge und 10 cm Breite gezeichnet waren. Der Umschlag war schon deutlich vorhanden, wenn der Teilpunkt 10 mm von der Mitte abgerückt war. Sind daher beide Strecken geteilt, liegt aber der Teilpunkt bei der einen 2 und bei der anderen 5 mm vom Ende ab, oder liegt er bei der einen in der Mitte und bei der anderen 3 mm jenseits von dieser, dann erscheint dort die erste und hier die zweite Strecke als die längere. Auch bei Punktdistanzen von gleicher Länge, die neben und untereinander liegen, tritt dasselbe Phänomen auf, abgesehen davon, daß hier bereits bei Lage des dritten Punktes, als des Teilpunktes in der Mitte der einen Distanz, Oszillationen sich zeigten. Den Grund sieht Verf. mit *Wundt* darin, daß die Strecken sich je nach der Erleichterung der Fixation oder dem Grade der Nötigung zu Blickbewegungen ändern; letztere sind nötig, sobald der Teilpunkt von der Mitte abrückt und so keinen Ruhepunkt mehr für den Blick abgibt, ja womöglich zu einem Abwägen der Größenunterschiede zwingt, während die ungeteilte Strecke mit relativ ruhigem Blick umfaßt oder gleichmäßig durchlaufen werden kann. Ähnliche Täuschungen illustriert Verf. an drei wieder je 30 mm langen Horizontalen, über denen zwei Dreiecke von

je 9 mm Höhe errichtet sind; die beiden Dreiecke lagen in einer gegenseitigen Entfernung von wiederum 15 mm nebeneinander, die freie Gerade darüber; ist nun das eine Dreieck gleichschenkelig und das andere ungleichseitig, dann erscheint die freie Gerade am längsten infolge ähnlicher Momente, wie sie bei der *Müller-Lyerschen* Figur in Betracht kommen; bei den beiden Dreiecken erscheint die Grundlinie des gleichseitigen kleiner als die des anderen, weil bei jenem die Spitze über der Mitte liegt; je mehr wieder die Spitze nach dem Ende der Grundlinie zu rückt, um so deutlicher wird die Überschätzung. Diese tritt auch hervor, wenn bei den beiden Dreiecken der eine Schenkel in Wegfall kommt. Endlich setzt Verf. mehrere gleiche Rechtecke untereinander, von denen das oberste ganz schwarz ausgefüllt ist, während die anderen keine vertikalen Begrenzungslinien haben und um so weniger horizontale Geraden, die zueinander und zu den beiden Begrenzungslinien parallel und zwischen den letzteren liegen, aufweisen, je tiefer sie sich befinden. Mit der Abnahme der Helligkeit nimmt die Länge der Rechtecke ab; ferner aber nimmt auch die Erschwerung der Blickbewegung und damit scheinbar die Höhe zu, je weniger Zwischenlinien vorhanden sind. Dies gilt aber wieder nur bis zu einer gewissen Anzahl von Zwischenlinien; nimmt diese noch weiter ab, dann nimmt auch wieder die scheinbare Höhe ab. Der Arbeit sind elf Figuren im Text beigegeben.

Störing, G., Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gefühl.
Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. VI, S. 316—356.

Von der Empfindungslust wird die Stimmungslust unterschieden, welche bei einem Geschmacksreiz (verdünnter Himbeersaft mit oder ohne Zitronensaft) dadurch erzeugt wurde, daß die Lösung geschluckt und dann von der Empfindung abgesehen wurde, so daß mit dem Schlucken der Geschmacksreiz als eine „erledigte Tatsache“ galt. Versuchspersonen waren drei psychologisch geschulte Herren. Sie gaben an, daß an der Stimmungslust alle jeweilig vorhandenen Bewußtseinsinhalte teilhaben, an der Empfindungslust nur der Geschmacksreiz; jene glich der Lust bei gehobener Stimmung. Zur näheren experimentellen Erforschung dieses Unterschiedes wurden Dynamometerversuche angestellt, und zwar zunächst im indifferenten Zustande, dann in der Empfindungslust, dann wieder im indifferenten Zustande und schließlich in der Stimmungslust; vor jedem Versuche erfolgte das Signal „jetzt“ zwei Sekunden nach der Vorbereitung durch den Zuruf „bald“; auf einen Wechsel der Zeitlage wurde Rücksicht genommen; die Beschreibung erfolgte zum Teil spontan, zum Teil durch vorsichtiges Ausfragen. Die Versuchspersonen stimmten nun darin überein, daß die Empfindungslust während des Versuchs eine Herabminderung ihrer Intensität erfuhr und durch die dynamometrischen Spannungsentwicklungen an Lustintensität verliere, um nachher wieder daran zu gewinnen, während bei der Stimmungslust diese Erlebnisse fehlen; bei zwei Versuchspersonen zeigte

letztere im Unterschiede von der ersteren auch eine Steigerung der Tendenz zur Reproduktion angenehmer Vorstellungen, auch soll sie von einer Erweiterung des Bewußtseinsfeldes begleitet sein, so daß die Stimme des Versuchsleiters, das Ticken des Chronometers usw. beachtet wird, während bei der Empfindungslust die Aufmerksamkeit auf den Geschmacksreiz konzentriert ist; endlich soll bei dieser der Impuls zur Bewegung ein Sich-Losreißen von der Lust nötig machen, während bei der Stimmungslust die Vorstellung der auszuführenden Bewegung an dem Lustzustande teil hat. — Dieser „subjektiv-psychologischen Charakteristik“ folgt eine „objektiv-pneumographische Charakterisierung“, wobei die thoracale und abdominale Atmung getrennt registriert wurden, und zwar wie Verf. hervorhebt, zum ersten Male. Mitgeteilt werden die Werte für Höhe und Niveau der einzelnen Kurven, ferner für diese beiden und die Kurvenlänge der allgemeine Durchschnittswert, endlich die Differenz zwischen der durchschnittlichen indifferenten und lustbetonten Kurvenhöhe, sowohl in der thoracalen wie in der abdominalen Atmung; von einigen Versuchen werden auch die Kurven wiedergegeben. Es ergab sich, daß in der Stimmungslust beide Atmungskurven stets eine größere Höhe erreichen, und zwar steigt in allen Fällen die thoracale stärker als die abdominale; die Atemfrequenz war herabgesetzt; in bezug auf das Niveau differierten die einzelnen Versuchspersonen. In der Empfindungslust dagegen war die Frequenz gesteigert, die thoracale und abdominale Atmung bei schwacher und mittelstarker Lust verflacht und bei starker vertieft, ohne daß das bei der Stimmungslust angegebene Verhältnis der beiden Atmungsformen hervorträte. — Stimmungsunlust zog Verf. nicht in den Kreis seiner Beobachtungen. Die Atemkurven für sehr starke Empfindungsunlust zeigen große individuelle Differenzen durch Verschiedenheiten in der Aktivität der Versuchspersonen. Sonst ergab sich eine Verkleinerung des Quotienten aus Inspirations- und Expirationsdauer, während bei der Lust eher das Gegenteil hervortrat; ferner war die in der Indifferenz meist vorhandene Konkavität der Expirationskurven bei Unlust abgeschwächt oder in Konvexität verwandelt; war letztere schon in der Indifferenz vorhanden, dann erfuhr sie in der Unlust noch eine Steigerung. Die Unlust war hervorgerufen durch Kochsalzlösung, Tictura Gentianae und Essig. — Schließlich wird noch der „Einfluß des Gefühls auf die äußeren Willenshandlungen“ behandelt unter Zugrundelegung der Dynamometerversuche bei einfacher, sensorischer und motorischer Vorbereitung. Dem Signal „jetzt“ ging immer der Zuruf „bald“ zwei Sekunden voraus. Bei sensorischer Vorbereitung wurde bei „bald“ die „Jetztvorstellung“ fixiert, um bei „jetzt“ sofort zu reagieren. Bei der motorischen Vorbereitung wurde bei „bald“ „eine die geforderte Bewegung vorbereitende Spannungsinervation der betreffenden Muskulatur“ vollzogen. Reagiert wurde mit maximalem Druck, die Zeit wurde mit einer Fünftelsekundenuhr gemessen; Ermüdung wurde durch Vereinigung von nur vier bis sechs Reaktionen zu einer Gruppe möglichst vermieden. Auf Grund der Selbstbeobachtung stellt Verf.

folgende Sätze auf: Bei sensorischer Vorbereitung und Unlust ist die Fixierung der Jetztvorstellung leichter, intensiver und konstanter, als wenn die Unlust fehlt; die Unlust mindert sich nach Eintritt der Vorbereitung entsprechend der Intensität in der Fixierung der Jetztvorstellung, um im Moment der Reaktion noch mehr zurückzutreten; ja ist die Unlust stark, dann tritt während der Unlustreizung ein Lustgefühl auf und bei der Reaktion entsteht ein angenehmes Gefühl der Lösung, bei einer Versuchsperson ging der Reaktion bereits eine lustbetonte Erwartung vorher; nach der Reaktion tritt das Unlustgefühl wieder hervor; der Bewegungsimpuls ist größer als bei einfacher Vorbereitung mit Unlust oder bei sensorischer Vorbereitung ohne Unlust; schließlich soll noch mit der sensorischen Vorbereitung eine gesteigerte Erregbarkeit verbunden sein. Die motorische Vorbereitung ist bei Unlust erschwert, es treten Schwankungen zwischen dieser und den Spannungsempfindungen auf; die schwache, mittelstarke und starke Unlust wird noch stärker herabgemindert als bei sensorischer Vorbereitung, indem die Spannungsempfindungen mit der Unlust verschmelzen. Objektiv zeigte sich eine größere Steigerung des motorischen Effekts bei motorischer als bei sensorischer Vorbereitung, aber auch bei dieser ist er größer als bei einfacher Vorbereitung. Die Unlust steigert bei einfacher Vorbereitung den Effekt entsprechend ihrer Intensität, wobei allerdings sehr schwache Unlust nicht zur Beobachtung kam; dies trifft auch bei sensorischer Vorbereitung zu, ja bei einer Unlust mittlerer Intensität ist die Steigerung hier noch größer als dort; bei motorischer Vorbereitung ist die Steigerung durch die Unlust ebenfalls vorhanden, aber in geringerem Grade als bei der sensorischen Vorbereitung, während sich über ihr Verhältnis zur einfachen Vorbereitung nichts Bestimmtes ermitteln ließ. Verf. verhehlt sich übrigens nicht die Mängel des Dynamometers, denen es auch zuzuschreiben ist, daß sich über den Einfluß der Lust auf den motorischen Effekt nichts Sicheres eruieren ließ. Darum stellt Verf. die Fortführung dieser Versuche an einem von ihm konstruierten Ergographen in Aussicht. Bis dahin will er auch die theoretische Diskussion der Versuche verschieben und begnügt sich jetzt mit der Feststellung, daß die Unlust auf das Zustandekommen der Willenshandlungen von unmittelbarer Wirkung ist. Wünschenswert wäre auch noch eine Untersuchung über die Änderung der Erregbarkeit der Großhirnzentren bei Unlust und den verschiedenen Arten der Vorbereitung.

Kelchner, Mathilde, Die Abhängigkeit der Atem- und Pulsveränderung vom Reiz und vom Gefühl. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. V, S. 1—124.

Nach einer sehr eingehenden Darstellung und Kritik von *Lehmans* Untersuchung: „Die körperlichen Äußerungen psychischer Zustände, I. Teil“ behandelt Verf. zunächst die „Abhängigkeit des Gefühls und seines Ausdrucks vom einfachen sinnlichen Reiz“. Zur Anwendung kamen

Geschmacksreize (Tinctura chinae composita, eine Quassiaextraktlösung, Saccharin, verdünnte Zitronensäure und Himbeersaft, von denen einige Tropfen mit der Pipette auf die Zunge geträufelt wurden), Farbenreize (Gelatine- und glanzlose Pigmentblätter) und Schallreize (Stimmgabeltöne mit und ohne Schwebungen). Bei den Geschmacksreizen traten in bezug auf die Qualität und Intensität des Gefühls starke individuelle Differenzen hervor, so daß höchstens die Unterscheidung von starken und schwachen Gefühlen je nach dem Konzentrationsgrade zu erzielen war und nur Süß und Bitter im allgemeinen dem Unterschiede von Lust und Unlust entsprachen; bei den Farbenreizen suchten zunächst die Versuchspersonen die gefühlsbetonten aus; am meisten stimmten die Schallreize zu den Absichten des Versuchsleiters. Zur Ermittlung der körperlichen Ausdrucksformen wurde die Pulsfrequenz in den einzelnen Zeitabschnitten, Fraktionen von je 10 Sekunden, sobald die Kymographiontrommel $\frac{1}{2}$ cm in einer Sekunde zurücklegte, berechnet, und zwar wurde dann das Verhalten in der ersten Fraktion des Gefühlszustandes mit dem in der letzten Fraktion des Indifferenzzustandes verglichen; aber auch die Mittelwerte aus der ganzen Zeit der Gefühlsdauer werden mitgeteilt und zu denen aus dem gleich langen Indifferenzzustande in Beziehung gesetzt. In derselben Weise werden die Werte für die Atemfrequenz berechnet; endlich wurde die Abweichung der mittleren Atemtiefe von der Norm, sowohl getrennt für die thoracale und abdominale Atmung als auch für beide zusammen ermittelt. Als Versuchspersonen dienten außer Professor Meumann sechs Studenten und Studentinnen. — Es ergab sich für Lust bei Geschmacksreizen eine Beschleunigung, bei Farben- und Schallreizen eine Verlangsamung des Pulses; jene tritt schon in der ersten Fraktion, diese erst im Gesamtmittelwerte deutlich hervor. Nach den Angaben der Versuchspersonen, die stets protokolliert wurden, zu urteilen, war die Beschleunigung bei schwacher Lust größer als bei starker, so daß sie durch die Art des Reizes bedingt ist, während dem Lustgefühl eine Pulsverlangsamung zukommt. Die Atemverhältnisse zeigen starke individuelle Differenzen; im Durchschnitt bedingt die Lust eine Beschleunigung und Verflachung der thoracalen wie der abdominalen Atmung. Bei Unlust ist der Puls beschleunigt, und zwar um so mehr, je stärker die Unlust ist; die Reizqualität ist ohne Einfluß. Bei der Atmung treten wieder starke individuelle Unterschiede hervor; im allgemeinen herrscht auch hier eine Tendenz zur Beschleunigung. Die Reizqualität war nicht von Bedeutung, dagegen spielte der Unterschied von starker und schwacher Unlust eine Rolle; die thoracale und abdominale Atmung änderten sich nicht immer in gleichem Sinne. Den Grund für das verschiedene Verhalten von Atem und Puls sieht Verf. in dem Einfluß des Willens auf jenen. — Um Spannung und Lösung hervorzurufen, wurden vier verschiedene Arten von Versuchen angestellt: Zunächst wurde der Beginn des Versuchs durch „jetzt“ signalisiert, aber verzögert; hierbei treten aber zuweilen Unruhe und Unlust auf. Sodann wurde durch den Schallhammer eine Reihe gleicher Geräusche, aber in stets

wachsendem Intervalle erzeugt; bei einigen Versuchspersonen trat Gewöhnung oder Unlust auf, und durch den Schlag stellte sich Lösung oder Erregung ein, so daß die Zustände der Spannung und Lösung ineinander flossen. Zweckmäßiger war es, auf ein Signal hin, das einige Sekunden nach dem Kommando „bereit“ erfolgte, ein Dynamometer zusammenzudrücken: bei verzögertem Signal ergab sich reine Spannung, aber die Lösung trat infolge der Kontraktion nicht rein zutage. Daher wurden auch Reaktionen durch Niederdrücken eines Tasters vorgenommen, bei denen ebenfalls das Signal „jetzt“ wenige Sekunden nach dem Kommando „bereit“ erfolgte. Der Kräfteaufwand war hier zu gering, um etwaige Symptome der Lösung, die von der Versuchsperson wieder auf Grund der Selbstbeobachtung anzugeben war, zu verwischen oder die Selbstbeobachtung zu stören; die sensoriiellen oder muskulären Reaktionen übertrugen sich auf die Kymographiontrommel, so daß die Uhr entbehrlich war. Der Puls war während der Spannung durchgehend beschleunigt; der Atem zeigte dagegen wieder in bezug auf Frequenz und Tiefe individuelle Unterschiede, aber nicht regellose, sondern typische für die einzelnen Versuchspersonen. Die Verschiedenheit des Bewußtseinszustandes (Lust oder Unlust während der Spannung) blieb hierbei ohne Einfluß, auch Niveauänderungen der Atmungskurven und Abhängigkeiten von der Disposition der Versuchsperson traten auf. Die Lösungssymptome waren denen der Spannung entgegengesetzt. Eine Verbindung von Lust oder Unlust mit Spannung wurde hervorgerufen durch Signalisierung und verzögerte Applikation von angenehmen oder unangenehmen Sinnesreizen. Es trat die Lösung an die Stelle der Lust oder Unlust; eine resultierende Wirkung verschiedener Ausdrucksformen war nicht zu beobachten; folgte aber die Lust der Lösung, wie beim Herunterschlucken von Himbeersaft, einige Zeit nach der Applikation, dann traten auch im Puls die Lustsymptome auf.

Im zweiten Teil werden die Ausdrucksformen von „Affekten“ behandelt. Schmerz wurde dadurch erzeugt, daß eine unverstellbare Klemmschraube, wie sie bei Gummischläuchen verwendet wird, an den Nagel eines Fingers der rechten Hand angelegt wurde; seine Intensität schwankte nach Person, Lage der Klemmschraube und nach dem Finger; die Versuchspersonen sollten den Schmerz so lange wie möglich ertragen, um dann ein Signal zu geben. Hier schwanken die Ergebnisse auch in bezug auf den Puls infolge der ungleichen Schmerzempfindlichkeit der Versuchspersonen; die Atemverhältnisse variieren selbst bei derselben Person von Versuch zu Versuch, ja sogar während desselben Versuchs, noch mehr natürlich von Person zu Person; nur eine gewisse Tendenz zur Beschleunigung scheint bei Puls wie Atmung vorzuherrschen. Auch der Einfluß der Spannung auf den Ausdruck des Schmerzes trat nicht eindeutig hervor, letzterer wurde häufig von der Unlust unterschieden. — Schreck wurde bei einer Versuchsperson hervorgerufen, als sie bei Blitzlicht fotografiert wurde; der Puls zeigte sich zunächst beschleunigt, dann verlangsamt; der Atem wies im Moment des

Erschreckens eine heftige Inspiration, dann thoracale Unregelmäßigkeiten und Vertiefung auf. Auch bei einer Wiederholung traten diese Symptome, wenn auch in abgeschwächter Form, auf. In beiden Fällen verbanden sich körperliche Veränderungen mit der Reizapplikation, auch eine Wärmezunahme wurde angegeben. — Die Beobachtung anderer Affekte wurde dem Zufall überlassen. So stand eine Studentin vor der mündlichen Doktorprüfung, am Vormittag dieses Tages stellte sie sich noch für Versuche zur Verfügung; die Erregung äußerte sich in einer Pulsbeschleunigung bei schnellem und flachem Atem; die Angst führte ebenfalls zu einer starken Pulsbeschleunigung, aber bei vertiefter und verlangsamter Atmung, wobei aber nur die Expiration verlangsamt, die Inspiration dagegen beschleunigt war; die bei der Konzentration auf angenehme Vorstellungen signalisierte Apathie äußerte sich in langsamem Puls und gehemmtem Atem. Acht Tage nach glücklich bestandnem Examen führte die Erinnerung hieran zu einem langsamen Puls, während der unregelmäßige Atem deutlich zur Verflachung und Beschleunigung und zu einem spitzen Übergange vom Exspirium ins Inspirium tendierte; die Erinnerung an ein unangenehmes Erlebnis während des Examens führte eine starke Pulsverlangsamung, Beschleunigung und Verflachung der Atmung herbei. Als eine andere Studentin eines Tages über eine Unannehmlichkeit sehr aufgeregt war, zeigte sich schneller Puls, vertieftes Atmen mit spitzen Gipfeln; als sie nach einiger Zeit Erleichterung signalisierte, verflachte und beschleunigte sich die Atmung bei Abrundung der Gipfel und Steigung des Niveaus, während sich der Puls verlangsamte; nach einiger Zeit trat wieder Unlust und Abspannung bei vertieftem Atem, jedoch ohne spitze Gipfel und bei Pulsbeschleunigung auf. In einem hierauf folgenden zweiten Versuche sollte sich die Versuchsperson zunächst auf angenehme Vorstellungen konzentrieren, um sich dann ihrer Aufregung wieder hinzugeben; jenes gelang ihr nicht ganz, aber der Puls zeigte doch eine Verlangsamung, der Atem eine Verflachung und Beschleunigung; bei der folgenden Unlust war jener beschleunigt, dieser vertieft, aber nicht spitzgipflig, in der Atemfrequenz folgte auf eine Verlangsamung eine Beschleunigung. Bei einer dritten Versuchsperson führte der Ärger über eine nicht gelöste Rechenaufgabe zu flachem und beschleunigtem Atem bei schnellem Puls.

Im dritten Teil handelt es sich um „die Abhängigkeit der Ausdrucksvorgänge von willkürlich reproduzierten Vorstellungen“. Waren diese unlustbetont, dann zeigten sich die der betreffenden Versuchsperson eigenen Unlustsymptome (vertiefter und verlangsamter Atem und beschleunigter Puls); als hierauf ein Ärger über das Ablaufen des Kymographions auftrat, war die Atmung verflacht und beschleunigt. Bei lustvollen Vorstellungen zeigte dieselbe Versuchsperson langsamen Puls bei beschleunigter und verflachter Atmung. Um die Lust oder Unlust bei Wahrnehmungen mit der bei Vorstellungen zu vergleichen, wurde derselben Person zunächst ein lusterregender Brief gezeigt, es ergab sich eine geringe Zunahme der Puls-

frequenz und ein verflachter, beschleunigter Atem: als nach 30 Sekunden der Brief entfernt wurde, verlangsamte sich der Puls, während die Atemfrequenz unverändert blieb und die Atemtiefe noch weiter abnahm: hierauf wurde ein zweiter lusterregender Brief gezeigt, wodurch eine Pulsverlangsamung, eine Atemverflachung und -beschleunigung hervorgerufen wurde, nach seiner Wegnahme blieben diese Symptome weiter bestehen; endlich wurde ein dritter unangenehmer Brief gezeigt, wobei sich eine Pulsbeschleunigung, eine Vertiefung und Verlangsamung der Atmung einstellte, auch diese Symptome blieben nach Wegnahme des Briefes bestehen. Nach zwei Tagen sollte sich dieselbe Versuchsperson alle drei Briefe in der nämlichen Reihenfolge vorstellen, es wiederholten sich die Ausdrucksformen des ersten Versuchs, so daß kein Unterschied zwischen Wahrnehmungs- und Vorstellungsgefühl in bezug auf die Ausdrucksformen besteht. Im übrigen war die Pulsbeschleunigung stets deutlicher als die Pulsverlangsamung.

Im letzten Teil beschäftigt sich Verf. mit „Ausdrucksvorgang und Selbstbeobachtung“. Beide gehören zusammen. Jener allein reicht nicht aus, aber wenn möglich noch weniger diese allein. Denn abgesehen von den allgemeinen Mängeln bloßer Selbstbeobachtung, kommt hier noch in Betracht ihre Bevorzugung der objektiven Daten des psychischen Geschehens und die Verschmelzung der Gefühle mit Organempfindungen und anderen intellektuellen Momenten. So stößt schon die Aufnahme der Indifferenzkurve auf Schwierigkeiten. Das Experiment ist für die Selbstbeobachtung als Stütze unentbehrlich. Die Versuchspersonen werden dadurch auf leise Abnormitäten ihres Gemütszustandes, die sie sonst übersehen, aufmerksam. Auch während des eigentlichen Versuchs bot die Ausdruckskurve solche Hinweise der Selbstbeobachtung, zumal da sie ja oft auch das durch Abstumpfung bedingte Nichtvorhandensein angegebener Gefühle erwies. Ferner steuert das Experiment der Ungenauigkeit des sprachlichen Ausdrucks. Es empfiehlt sich daher, den Versuchspersonen die Möglichkeit zur Beobachtung vieler und verschiedenartiger Zustände während des Experiments zu geben. Zeigte sich doch in der Tat zuweilen ein auffälliger Parallelismus zwischen Ausdrucksform und Daten der Selbstbeobachtung. Um diesen noch näher zu beleuchten, stellt Verf. die Pulsmodifikationen bei lust- und unlustvollen Geschmacksreizen zusammen; die Versuchsperson signalisierte hierbei mit dem Lippenschlüssel das Eintreten des Gefühls wie seiner Intensitätsänderung. Durch die lustvolle Reizapplikation war der Puls verlangsamt, um in den ersten zehn Sekunden nach Signalisierung der Lust eine Beschleunigung zu erfahren, letztere ist am größten bei schwacher Lust, auch fällt in demselben Versuch das Maximum jener mit dem dieser nicht zusammen. Im Augenblicke der unlustvollen Reizapplikation trat eine Pulsbeschleunigung auf, die aber nach der Signalisierung der Unlust sich noch steigerte und um so größer war, je stärker die Unlust war. Die Pulsmodifikationen gingen fast stets den Gefühlsmodifikationen voran. — Der Arbeit ist eine große Anzahl von Puls- und Atmungskurven beigegeben.

Bárány, R., Experimenteller Beitrag zur Psychologie des Urteils. (Über mehrere von dem Grade der Aufmerksamkeit abhängige Urteilsphänomene im Gebiete unsicherer taktiler Empfindungen.) Zeitschr. f. Psychol. usw. Bd. 38, S. 34—50.

Vermittelt eines eigens konstruierten, in der Abhandlung abgebildeten und näher beschriebenen Apparates wurden auf der Stirn der Versuchsperson in beliebiger Richtung Striche gezogen und registriert. Der Kopf der Versuchsperson war durch Einbeißen in ein „Beißbrettchen“ fixiert, und zwar bei gerader oder geneigter Haltung; geurteilt wurde rechts, links oder vertikal, je nachdem das untere Ende des Striches zur rechten oder linken Schulter oder zu gar keiner zielte; während der Versuche waren die Augen geschlossen. Die Aussagen erfolgten fast stets prompt und sicher. Die Senkrechte im Raume wurde bei gerader Kopfhaltung 2,5 cm seitlich von der Stirnmitte, bei geneigter Kopfhaltung in letzterer gezogen. Es wurden 254 bzw. 96 Versuche an zwei Taubstummten und 44 bzw. 64 Versuche an zwei normalen, akademisch gebildeten Herren angestellt; ihre Angaben wurden einem Assistenten behufs sofortiger Eintragung in Form einer Kurve diktiert, und zwar vor den normalen Versuchspersonen in fremder Sprache; aber auch als diese die Ausdrücke verstanden, zeigte sich kein Einfluß im Ablauf des Versuchs. Es ergab sich durchgehend, daß die Angaben „Vertikal“ sich auf ein ganzes Gebiet von 5—30° erstreckten („unsicheres Feld“); innerhalb dieses Feldes kamen auch Angaben „rechts“ und „links“ vor, so daß sich diese berührten oder überkreuzten oder durch ausschließliche „Vertikal“-Angaben voneinander getrennt waren. Die Lage des unsicheren Feldes wechselte bei Wiederholungen desselben Versuchs. Folgt den Striche nicht regellos aufeinander, sondern schlug die anfängliche Linksneigung durch Abstände von 1—5° des Transporteurs allmählich durch die Vertikalstellung hindurch in die Rechtsneigung um (Hinweg), und folgte dann die gleiche aber von der Rechtsneigung ausgehende Anordnung der Versuche (Rückweg), dann ergab sich eine Verschiebung der Vertikal-Angaben im Sinne der Bewegung, so daß also auf die Stellen mit Vertikal-Angaben auf dem Hinwege nunmehr beim Rückwege noch Rechts-Angaben fielen. Auch bei mehrmaliger Wiederholung dieser beiden Wege trat dieses Phänomen, dem das Zustandekommen des unsicheren Feldes zu danken ist, hervor. In selteneren Fällen kam bei Durchlegung der beiden Wege eine Verschiebung „entgegengesetzt dem Sinne der Bewegung“ zur Beobachtung. Endlich konnte auch jede Verschiebung fehlen, selbst bei fünf bis sechs aufeinander folgenden Hin- und Rückwegen. Das letztere Phänomen kommt dadurch zustande, daß „die Versuchsperson die taktile Empfindung gemerkt und mit der Vorstellung resp. dem Urteil Senkrecht für diese Zeit fest verbunden hat“. Die beiden ersten Erscheinungen dagegen beruhen auf „dem Nichtmerken dieser Verbindung“. Nimmt man für die einzelnen Grade die Beurteilungen aus mehreren Bestimmungen zusammen, dann enthält die Mitte

des unsicheren Feldes die meisten Vertikal-Angaben, während nach der einen Seite zu die Rechts-, nach der anderen die Links-Angaben zunehmen, so daß in dem ganzen Felde die Empfindung mehrdeutig ist, aber nur in der Mitte drei-, zu den beiden Seiten nur zweideutig ist und diese Doppeldeutigkeit nach den Grenzen zu immer mehr abnimmt. Nennt man die für die einzelnen Grade in verschiedenen Versuchen abgegebene Anzahl der Urteile ihre Richtungswerte, dann läßt sich die Verschiebung im Sinne der Bewegung auch so ausdrücken, daß die Versuchsperson bei ihrem einmal abgegebenen Urteile möglichst lange bleibt, während sie bei der entgegengesetzten Verschiebung bereits den geringsten Einschlag einer anderen Wertigkeit merkt und danach ihr Urteil ändert. Da nun entgegen der Erwartung die erstere Art der Verschiebung bei der geringsten Dichtigkeit der Angaben, d. h. bei relativ großem Abstand der aufeinanderfolgenden Grade, die letztere Art der Verschiebung dagegen bei der größten Dichtigkeit der Angaben stattfindet, so kann der Grad der Verschiebung nicht in der Empfindung, sondern nur in der Aufmerksamkeit liegen. Diese ist um so gespannter, je weniger die aufeinanderfolgenden Empfindungen voneinander differieren oder je größer die Dichtigkeit der Angaben ist. Auch die Versuchspersonen bemerkten bei der Verschiebung im Sinne der Bewegung ein mehr passives, bei der anderen ein mehr aktives Verhalten. Dagegen kann man jene Form der Verschiebung nicht durch eine Suggestion des einmal abgegebenen Urteils erklären, da sie auch auftrat, als der Versuchsperson die wirkliche Richtung eines jeden Striches jedesmal nach seiner Beurteilung genannt wurde. Auch genügt es nicht, zu sagen, daß bei der Verschiebung im Sinne der Bewegung die Aufmerksamkeit auf das Gleichbleibende, bei der anderen auf die Veränderung gerichtet ist, denn die angegebene Abhängigkeit von der Dichtigkeit der Angaben erfordert auch dann zu diesem Unterschiede in der Art noch einen solchen im Grade der Aufmerksamkeit. Dementsprechend trat auch, wie erwähnt, die Verschiebung im Sinne der Bewegung häufiger auf und erstreckte sich über ein weiteres Feld als die im entgegengesetzten Sinne. Endlich ergab sich noch, daß zumeist erst auf mehrere Verschiebungen im Sinne der Bewegung die Fälle mit der anderen oder mit ganz fehlender Verschiebung folgten: die letzteren gingen stets eng miteinander zusammen und entsprangen also dem gleichen „Seelenzustande“ oder Aufmerksamkeitsgrade. Eine Ermüdung zeigte sich nicht, obgleich zuweilen länger als eine Stunde ununterbrochen experimentiert wurde.

Alexander-Schäfer, Gisela, Zur Frage über den zeitlichen Verlauf des Gedächtnisbildes für verschiedene Sinnesreize. Zeitschr. f. Psychol. usw. Bd. 40, S. 55—73.

Ein kurzes Referat über die ähnlichen Versuche *Paneths* und *Ehwards* geht der Schilderung der eigenen Experimente voraus. In diesen wurde ein durch Glockenschläge oder Aufleuchten von Glühlämpchen oder faradische

Schläge auf die Hohlhand begrenztes zeitliches Intervall gegeben, das von der Versuchsperson durch Niederdrücken eines Tasters mehrere Minuten hindurch reproduziert werden sollte. Es handelte sich also im Unterschiede von dem oben angegebenen Thema um sog. Zeitsinnversuche. Des näheren waren diese so angeordnet, daß je ein elektromagnetischer Schreiber die 40 bzw. 64 Schwingungen einer elektromagnetischen Stimmgabel in der Sekunde und die Reaktionen bzw. Metronomschläge, denen die das Intervall begrenzenden Reizsignale entsprachen, auf einer Kymographiontrommel registrierte. Die Versuchsperson mit dem Taster befand sich in einem Zimmer, das von dem mit den anderen Apparaten durch ein mittleres getrennt war; sie erhielt eine Reihe von gewöhnlich zehn Schlägen, die in stets gleichen Intervallen aufeinander folgten; Beginn und Ende des Versuchs wurden besonders signalisiert; Hilfen, z. B. gedankliches Aufteilen der Intervalle in eine bestimmte Taktfolge waren zulässig; die Reaktionen erfolgten unmittelbar oder erst 1—5 Minuten nach oder noch während der letzten Signale, ferner entweder fortlaufend oder mit bestimmten Pausen. Die Versuchspersonen waren zumeist musikalisch vorgebildet und außer der Verf. in der Mehrzahl Ärzte und Studenten der Philosophie. Die 43 akustischen Versuche wurden an 19, die 28 optischen an 23 und die 14 taktilen Versuche an 11 Personen vorgenommen. Es zeigte sich in bezug auf die Regelmäßigkeit des Versuchsverlaufs, daß das reproduzierte Tempo entweder allmählich schneller oder langsamer wurde oder keine Schwankungen von mehr als drei Stimmgabelschwingungen aufwies; die zunehmende Beschleunigung oder Verlangsamung trat relativ am häufigsten bei den optischen und am seltensten bei den akustischen Versuchen hervor, während in bezug auf die Konstanz sich das entgegengesetzte Verhältnis zeigte. Im Beginn war bei allen drei Verlaufsweisen das reproduzierte Intervall entweder kürzer oder länger als das signalisierte, oder glich ihm. Ein richtiger Beginn war bei den akustischen Versuchen in ungefähr $\frac{2}{3}$, bei den optischen in etwas weniger als $\frac{1}{3}$ und bei den taktilen in etwas weniger als $\frac{1}{4}$ der Fälle vorhanden; es erhielt sich die Richtigkeit während der ganzen Versuchsdauer am häufigsten bei den akustischen und am seltensten bei den optischen Versuchen; in eine Beschleunigung schlug sie am häufigsten bei den akustischen und am seltensten bei den taktilen Versuchen um, während sie in eine Verlangsamung am häufigsten bei den optischen und am seltensten bei den akustischen Versuchen überging. Eine anfängliche Verkürzung des signalisierten Intervalls trat am häufigsten bei den optischen und am seltensten bei den akustischen Versuchen hervor. Sie machte weitere Fortschritte am seltensten bei den akustischen Versuchen, während die beiden anderen Versuchsarten in dieser Beziehung keine Unterschiede zeigten; zu einer fortschreitenden Verlangsamung führte sie am häufigsten bei den optischen und am seltensten bei den akustischen Versuchen; sie blieb endlich gleichmäßig am häufigsten bei den taktilen und am seltensten bei den optischen Versuchen. Eine anfängliche Verlängerung des signalisierten Intervalls zeigten am häufigsten

die optischen und am seltensten die akustischen Versuche; sie nahm immer mehr zu am seltensten bei den akustischen Versuchen, während die beiden anderen Versuchsarten sich in dieser Beziehung glichen; sie nahm immer mehr ab am häufigsten bei den optischen und am seltensten bei den akustischen Versuchen; sie erhielt sich gleichmäßig am häufigsten bei den akustischen und am seltesten bei den taktilen Versuchen. Nach unrichtigem Beginn wurde nie während der weiteren Versuchsdauer für längere Zeit das richtige Tempo erreicht. Die Anzahl der Versuche an einer Person änderte nicht viel an dem Charakter des Versuchsverlaufs, „so daß bis zu einem gewissen Grade von einer individuellen Schreibung gesprochen werden kann“. Je größer das Intervall war, um so seltener wurde es von den Versuchspersonen festgehalten. Eingeschobene Pausen zwischen Signal und Reaktion beeinflussten den Versuch ungünstig. Pausen von zwei bis fünf Minuten innerhalb der Reaktionen führten bei drei Versuchen zu einer fortschreitenden Beschleunigung des anfänglich richtigen oder zu langsamen Tempos und bei vier zu einer konstanten Innehaltung des anfänglich zu raschen oder zu langsamen oder richtigen Tempos. Der Beginn der Reaktionen, während die Signale noch $\frac{1}{2}$ —2 Minuten hindurch gegeben wurden, wirkte günstig, indem viermal das anfänglich richtige, einmal das anfänglich zu rasche Tempo innegehalten und zweimal das anfänglich richtige Intervall fortschreitend verkürzt wurde. Wurde ohne Pause mehr als 5 Minuten reagiert, dann trat bei den optischen Versuchen in etwas weniger als der Hälfte, bei den taktilen in etwas weniger als $\frac{2}{3}$ der Fälle keine Veränderung des weiteren Versuchsablaufs ein; in den übrigen Fällen zeigte sich infolge der Ermüdung plötzlich eine fortschreitende Beschleunigung oder Verlangsamung, wobei die vorangegangene Reaktionsweise entweder gesteigert oder in ihr Gegenteil verwandelt wurde, sofern sie nicht eine gleichmäßige war. Ein Einfluß des Geschlechts war nicht vorhanden. Der Arbeit sind beigegeben eine Skizze der Versuchsanordnung, drei Mustertafeln für die Kurven auf der Kymographiontrommel und für einige Versuche jeder Art graphische Veranschaulichungen für den Verlauf des Versuchs, wobei auf der Ordinate die Mittelwerte der reproduzierten Intervalle und auf der Abszisse die zugehörigen Zeiteile abgetragen und die angegebenen Intervalle durch eine zur Abszisse parallele Horizontale bezeichnet sind.

Taylor, Clifton O. Über das Verstehen von Worten und Sätzen.
Zeitschr. f. Psychol. Bd. 40, S. 225—251.

Worte oder Sätze werden verstanden, wenn ihre Bedeutung, d. h. die durch sie bezeichneten Gegenstände gekannt werden. Dies erfolgt sinnlich oder unmittelbar beim gleichzeitigen Erleben der letzteren, verbal oder mittelbar bei Umschreibungen und Beispielen. Die erstere Methode ist die ursprüngliche, die letztere kommt namentlich beim Erlernen fremder Sprachen und bei gelesenen Texten in Betracht. Ob besondere Erlebnisse das Ver-

stehen kennzeichnen, sucht Verf. experimentell vermittelt der Selbstbeobachtung an drei psychologisch geschulten Herren zu eruieren. Er stellte zunächst Aufgaben, die sich auf anschauliche, z. B. geometrische Gebilde, bezogen, und nahm die gemachten Beobachtungen zu Protokoll. Es zeigte sich, daß anschauliche Vorstellungen für das Verstehen förderlich, aber nicht notwendig waren; namentlich, wenn die bezeichneten Gegenstände schon bekannt waren, kamen sie in Wegfall. Dasselbe ergab sich beim Lesen eines Abschnittes aus *Gegenbaurs* Anatomie und *Gottls* „Die Herrschaft des Wortes“. Dort waren die anschaulichen Vorstellungen nicht nur relativ zahlreich, sondern auch für das Verständnis nötig; hier traten sie nur als Veranschaulichungen bildlicher Redensarten auf und waren überflüssig, wenn nicht gar störend. Als hierauf die Versuchsperson den *Gegenbaurs*chen Text abschrieb und mit einviertelstündigen Pausen mehrere Male durchlas, wurden die anschaulichen Vorstellungen immer seltener und entbehrlicher. Dasselbe zeigte sich bei wiederholtem Vorlesen *Klopstockscher* Oden, welche der einen Versuchsperson vertraut waren, der anderen nicht. Bei jener stellten sich schon bei der ersten Vorlesung keine „Bewußtseinslagen“, sondern nur viele optische Vorstellungen ein, bei dieser nahm die Anzahl der notwendigen „Bewußtseinslagen“ mit der der Wiederholungen ab. Im übrigen lag der Grund der bekannten Schwierigkeiten teilweise in der grammatischen Konstruktion. Versuche endlich, bei denen sinnvolle und sinnlose Wort- bzw. Silbenkombinationen abwechselten, bestätigten nur die Ergebnisse *Marbes*, dessen Anregung die ganze Abhandlung zu danken ist. Auf Grund von einigen Beobachtungen bei Gelegenheit der Lektüre von mutter- und fremdsprachlichen Texten teilt Verf. noch mit, daß zuweilen Pausen, die nicht mit besonderen Erlebnissen ausgefüllt sind, sowie auch der Zusammenhang, der oft den Ersatz eines unverständenen Wortes durch ein bekanntes Wort oder durch die „Bewußtseinslage“ des Verstehens infolge der verstandenen Bestandteile ermöglicht, für das Verständnis notwendig sind. Ebenso kann die Wiederholung des Satzes oder der vorangehenden Zeilen und das Auftreten in verschiedenen logischen Verbindungen von Bedeutung sein.

Weygandt, W., Experimentelle Beiträge zur Psychologie des Schlafes. Zeitschr. f. Psychol. Bd. 39, S. 1—41.

Während *Kohlschütter*, *Michelson*, *Mönninghoff* und *Piesbergen* die Tiefe des Schlafes untersuchten, stellte sich Verf. die erholende Wirkung der einzelnen Schlafperioden zum Problem. Zum Zwecke seiner Lösung addierte er je zwei einstellige Zahlen und schrieb das Resultat stets nieder, bevor er zu dem nächsten Paare überging; auf ein Glockensignal hin wurde jede Minutenleistung registriert. Auf diese Weise wurde immer $\frac{1}{2}$ Stunde gearbeitet vor dem Schlafengehen um Mitternacht herum (Abendversuch), nach einem durch ein Wecksignal unterbrochenen Schlaf (Nachtversuch) und am Morgen, als die Versuchsperson ausgeschlafen hatte und spontan erwacht

war (Morgenversuch). Um die Nachwirkung einer gestörten Nachtruhe zu vermindern, wurde, abgesehen vom Anfang, nie zwei Nächte hintereinander experimentiert. Die Schlafzeit vor dem Wecken betrug zweimal $\frac{1}{2}$ und je einmal 1, $1\frac{3}{4}$, 2, 3 und $5\frac{3}{4}$ Stunden, die zugehörigen Schlafzeiten nach dem Wecken waren $5\frac{1}{2}$, $6\frac{1}{2}$, $6\frac{1}{2}$, 6, $5\frac{1}{2}$, $4\frac{1}{2}$ und $2\frac{1}{4}$ Stunden. In den Abendversuchen war infolge der Ermüdung die Anzahl der geleisteten Additionen in der zweiten Viertelstunde geringer als in der ersten; im einzelnen war der Abfall bald kontinuierlich, bald steil, bald irregulär. In den Nachtversuchen war stets die Leistung beträchtlich größer als in den Abendversuchen, und zwar im Minimum um 19,6%, im Maximum um 190,9%; die erste Viertelstunde stand hier mit zwei Ausnahmen hinter der zweiten zurück. Im Morgenversuch erfuhr die Leistung noch eine weitere Aufbesserung, aber nur noch in fünf Fällen und nur noch um 23,3% im Maximum und um 4% im Minimum; in zwei Fällen trat sogar eine Verschlechterung ein: in der zweiten Viertelstunde wurden stets weniger Aufgaben bewältigt als in der ersten. Ein Einfluß der Schlafdauer trat nicht hervor; ja die größte Aufbesserung zeigten die Nachtversuche mit dem Wecken nach halbstündigem Schlafe. Dieses Ergebnis trat auch in einem achten Versuche hervor, bei dem der Abendarbeit ein $1\frac{1}{2}$ stündiger Schlaf außer Bett voranging, das Wecken nach $4\frac{1}{4}$ stündigem und das spontane Erwachen nach weiterem $2\frac{1}{4}$ stündigem Schlafe erfolgte. Der Abendversuch zeigte diesmal keine Ermüdung, sondern in der zweiten Viertelstunde sogar eine bessere Leistung als in der ersten; im Nachtversuch tritt eine Aufbesserung hervor, aber die zweite Viertelstunde steht hinter der ersten zurück; das nämliche gilt vom Morgenversuch und auch von einem drei Stunden später ausgeführten Tagversuch. Nicht ohne Bedeutung ist die Beobachtung, daß Verf. seine Morgenarbeit stets mit Lust begann, aber allmählich infolge des eintönigen Addierens durch alle möglichen Assoziationen abgelenkt wurde, während dies bei den Nachtversuchen mit ihrem Gefühl der Unlust und Müdigkeit nicht der Fall war.

Ganz anders fiel das Resultat aus, als an die Stelle der kontinuierlichen Additionen halbstündige Lernversuche traten, bei denen Gruppen von zwölf einstelligen Ziffern bis zum ersten freien Hersagen halblaut gelesen wurden: jede Lesung wie jede Fünfminutenleistung wurde markiert. Es werden mitgeteilt für je fünf Minuten die Summe der gelernten Ziffern, die Anzahl der Lesungen, die Sprechzahlen, d. h. die Angabe, wie oft eine Reihe gelesen und hergesagt wurde, und der Lernwert, d. h. die Angabe, wie viel gelernte Ziffern auf je 100 Lesungen einer Reihe kamen. Die Schlafzeiten vor dem Nachtversuche waren $\frac{1}{2}$, $2\frac{3}{4}$, 1, 2, 3, 4, 5 und 6 Stunden; die zugehörigen nach dem Nachtversuche 6, $6\frac{1}{2}$, $5\frac{1}{2}$, $4\frac{1}{2}$, $4\frac{1}{2}$ bis 5, $3\frac{1}{2}$ bis 4, 2 Stunden und 1 Stunde bei zweistündiger Bettruhe. Durchgehend war die Morgenleistung gegenüber der Nachtleistung bedeutend gebessert, und zwar im Minimum um 12,3%, im Maximum um 154,3%. Der Fortschritt der Nachtarbeit gegenüber der Abendarbeit betrug im Minimum 23,1% und im Maximum 163,9%. Je

länger der Schlaf dauerte, um so größer war die Erholungswirkung sowohl bei der Nacht- wie bei der Morgenarbeit. Die Leistung in der zweiten Viertelstunde war am Morgen stets und in der Nacht mit Ausnahme des nur halbstündigen Schlafes vor dem Wecken größer als in der ersten Viertelstunde. Bei den Abendversuchen trat stets das umgekehrte Verhältnis hervor. Die Nachtversuche waren oft gestört durch Gähnen, Trockenheit im Munde, ermüdete Stimme, aber im ganzen und großen waren diese äußeren Störungen doch nur von geringem Einfluß.

Die Erklärung dieser widersprechenden Resultate sieht Verf. in der Verschiedenartigkeit der Arbeit. Beim Addieren handelt es sich nur um Reproduktionen wohl eingeübter, eindeutig bestimmter Assoziationen, wozu noch die motorische Leistung des Niederschreibens und Markierens kam. Beim Lernen dagegen kam es auf das viel schwierigere und anstrengendere Merken an, das noch von der motorischen Aktion des Hersagens und des doppelten Markierens begleitet war. Nur bei der ersteren Arbeitsart reicht eine kurze Schlafperiode aus, um die abendliche Ermüdung für eine halbstündige Arbeit zu verdecken, bei der zweiten dagegen ist die Erholungswirkung der Schlafdauer proportional. Eine Bestätigung dieses auch für die Praxis wichtigen Ergebnisses wäre sehr erwünscht; namentlich wären noch andere Arbeiten, insbesondere Auffassungen, und zahlreichere Personen mit Morgen- und Abendtypus heranzuziehen; der 33jährige Verf. zählt sich zu den Morgentypen. Eine Autosuggestion hält Verf. bei seinen Versuchen für ausgeschlossen, da er von dem Resultat der Lernversuche selbst überrascht war. Erwähnt sei schließlich noch, daß die Resultate jedes Versuchs noch durch Diagramme graphisch veranschaulicht und für alle Fälle die Fortschritte im Laufe der Nacht sowohl für die ganze halbe Stunde wie für die erste Viertelstunde ihrem absoluten und prozentualen Werte nach nochmals übersichtlich zusammengestellt werden.

Ephrussi, P., Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gedächtnis, Zeitschr. f. Psychol. Bd. 37. S. 56—103 und S. 161—234.

Zugrunde liegt eine sehr große Anzahl von Versuchen an mehr als 30 Personen verschiedenen Geschlechts und Alters. Im Vordergrund der Untersuchung steht das zeitökonomische Moment bei paarweise einzuprägendem Stoffe. Zu seiner Ermittlung wurden zunächst Reihen von je zehn sinnlosen Silben im trochäischen Takte nach dem *Müller-Schumannschen* Verfahren gelesen, und zwar das eine Mal jeder Takt fünf- bzw. dreimal hintereinander (H-Reihen), das andere Mal die ganze Reihe immer hintereinander (G-Reihen); auf diese Weise wurde jede Reihe 10, 15 oder 20 mal gelesen; zwischen je fünf oder drei Lesungen lag eine Pause von 7,2—10 Sekunden; in jeder Sitzung kamen je zwei H- und G-Reihen dran, wobei je zwei Reihen durch einen Zeitraum von 1,5—2,5 Minuten getrennt waren; fünf Minuten nach der Lesung der letzten Reihe wurden alle vier

Reihen nach der Treffer- und Zeitmethode geprüft. Auf die Zeitlage beim Lesen und auf die Reihenfolge der Silben beim Vorzeigen wurde Rücksicht genommen. Auch die Werte werden wie bei *Müller-Pilzecker* angegeben. Die H-Reihen waren in jeder Hinsicht ökonomischer als die G-Reihen, nur bei mangelhafter Konzentration der Aufmerksamkeit drehte sich das Verhältnis um. Dieses Resultat stellte sich nicht nur bei mechanischem, sondern auch bei dem durch assoziative Hilfen unterstützten Lernen heraus. Diese Hilfen machten sich in fünf verschiedenen Formen geltend: entweder handelte es sich um eine Aufmerksamkeitshilfe, die nur ein Glied des Paares für das Bewußtsein hervorhob, oder beide Teile des Taktes riefen assoziativ die nämliche Vorstellung hervor, oder jedes Glied des Paares erweckt eine Vorstellung für sich im Sinne einer Aufmerksamkeitshilfe, so daß ein Zusammenhang zwischen beiden Vorstellungen besteht oder nicht, oder endlich die Hilfsvorstellung tritt erst nach dem Lesen beider Silben auf. Manche assoziativen Hilfen waren habituell. Individuell traten bei sinnlosem wie auch bei anderem Lernstoff so markante Unterschiede hervor, daß sich Verf. zur Unterscheidung von mechanischen und ingeniosen Auffassungstypen veranlaßt sieht; allerdings waren auch zahlreiche Zwischenstufen vorhanden, ebenso ging bei der nämlichen Person zuweilen durch die Übung oder den Lernstoff die eine Form in die andere über. Die Trefferzeit und die Anzahl der falschen Fälle ist bei dem unterstützten Lernen geringer als bei dem mechanischen. — Sehr ausgeprägt waren auch die individuellen Differenzen in bezug auf das Richtigkeits- und Falschheitsbewußtsein, das sich namentlich in der Bemerkung „sicher“ oder „unsicher“ kundgab; sie hängen mit der Verschiedenheit im Ablaufe des Reproduktionsprozesses zusammen, indem bei dem einen mehrere Silben neben der genannten oder nicht genannten auftreten, bei dem andern dagegen die Assoziationen „eindeutiger“ wirksam waren. Assoziative Hilfen steigern das Richtigkeitsbewußtsein. — Bei einer zweiten Gruppe von Versuchen wurden Reihen russischer Vokabeln gelernt, die entweder nur ein- oder nur zweisilbig waren; in jeder Reihe war die relative Zahl von Substantiva, Adjektiva, Verba usw. die nämliche, auch die Wortlänge blieb in jeder der acht- oder zwölfpaarigen Reihen konstant; Ähnlichkeiten zwischen dem russischen Worte und der zugehörigen deutschen, französischen oder englischen Übersetzung wurden vermieden, ebenso besondere Schwierigkeiten in der Aussprache. Die Vokabelpaare standen auf einem Blatt Papier untereinander, so daß immer die deutsche Übersetzung nach dem russischen Worte gelesen wurde; vermittelt eines mit einem Spalt versehenen und verschiebbaren Schirmes wurde immer nur ein Vokabelpaar sichtbar, nach beendeter Lesung einer Reihe wurde der Schirm wieder auf das erste Paar geschoben. Die Versuchsperson wußte, ob es sich um eine G- oder H-Reihe handelte, auf ein Signal hin unterbrach sie das Lesen; assoziative Hilfen waren zulässig, das Tempo war ein mittleres und möglichst gleichmäßiges, die Lesezeit einer ganzen Reihe wurde mit der Fünftelsekundenuhr bestimmt.

Da jedoch das Verschieben des Schirmes und das innere Zählen der Wiederholungen Unregelmäßigkeiten bedangen, so wurden bei einigen Reihen die Vokabeln am Kymographion vorgeführt, derart aber, daß keine längere Pause mehr zwischen je zwei Wiederholungen einer Reihe lag und jedes Vokabelpaar gleichzeitig ins Gesichtsfeld trat. Versuchspersonen waren neben zwei Studierenden zwei Mädchen von 15 und 16 Jahren mit Volksschulbildung. Die Prüfung erfolgte zwei Minuten nach dem Lesen jeder Reihe oder erst 24 Stunden später durch Vorzeigen der deutschen Übersetzung hinter dem Spalte des Schirmes ohne Messung der Reproduktionszeit oder mit dieser am Kymographion. In der H-Reihe wurde jedes Paar zwei-, drei- oder viermal hintereinander (Häufungszahl) gelesen. In jeder Sitzung kamen zwei oder drei Reihen zur Anwendung. Die H-Reihen erwiesen sich wieder als die vorteilhafteren, wenn auch die Differenz eine geringere als bei den sinnlosen Silben war, das Richtigkeitsbewußtsein war besser ausgebildet als bei letzteren. Neben diesem sinnschaffenden Material kam auch sinnhaltiges zur Anwendung in Form von Kombinationen zweisilbiger Wörter der Muttersprache mit dreistelligen Zahlen, so daß jene zuerst gelesen wurden und diese als Zahl, nicht als einzelne Ziffern aufgefaßt und ausgesprochen wurden; die Wiederholung einer Ziffer in einer Zahl wurde vermieden. Jede Reihe umfaßte acht solcher Kombinationen und glich der anderen in bezug auf die Häufigkeit des Vorkommens von 0 und 1; dieselbe Ziffer kehrte in derselben Reihe höchstens nach zwei Paaren wieder. Wie bei den Vokabeln wurde auch hier das Lernmaterial von einem Blatt Papier oder am Kymographion abgelesen, wobei assoziative Hilfen gestattet waren; in jeder Sitzung kamen zwei oder vier Reihen dran; jede Reihe wurde zwei Minuten nach ihrem Lesen durch Vorzeigen der Wörter nach der Treffer- und Zeitmethode geprüft; die Anzahl der Lesungen einer Reihe betrug zwölf oder sechs und die der unmittelbar aufeinanderfolgenden Wiederholungen eines Paares in den H-Reihen drei. Diesmal waren letztere weniger ökonomisch als die G-Reihen. Das nämliche zeigte sich in Versuchen an einem Rechenkünstler, dem Reihen von je zehn oder zwölf sechststelligen Zahlen vorgelesen wurden, um nach 22 Stunden derart geprüft zu werden, daß der Versuchsleiter die drei ersten, die Versuchsperson die drei anderen Ziffern angab; auch hier war die Häufigkeitszahl 3. — Den Grund für diese Verschiedenheit in den Resultaten sucht Verf. darin, daß bei sinnlosen Silben und fremdsprachlichen Vokabeln zunächst die einzelnen Glieder für Auffassung und Aussprache geläufig gemacht werden müssen und hierfür das H-Verfahren günstiger ist als das G-Verfahren mit seinen geringen Perseverationen und starken rückwirkenden Hemmungen; bei geläufigem Lernstoff, wie z. B. bei den Wort- und Zahlenreihen, beginnt schon bei der ersten Lesung die Stiftung von Assoziationen. Hierzu kommt, daß die Aufmerksamkeit im G-Verfahren, namentlich bei geläufigem Stoff, mehr in Anspruch genommen wird als beim H-Verfahren. Auch werden bei letzterem die komplementären Assoziationen, d. h. die von dem zweiten Gliede des Paares zu dem ersten, mehr und andrerseits die

für paarweise Verbindungen nur störenden Nebenassoziationen weniger gekräftigt als bei dem G-Verfahren. Den Beweis in bezug auf die komplementären Assoziationen erbringt Verf. durch Reihen von je zehn sinnlosen Silben, die in buntem Wechsel, aber gleich oft durch Vorzeigen der betonten wie der unbetonten Silben geprüft wurden. Die Versuchsperson wußte nur, daß in beiden Formen geprüft werden würde, und hatte jedesmal diejenige Silbe zu nennen, welche zu dem Takte der vorgezeigten gehörte: an jedem Tage wurden vier Reihen gelesen, und fünf Minuten nachher begann die Prüfung. Auch Wort- und Zahlreihen wurden in gleicher Weise geprüft, so daß bald das Wort, bald die Zahl gezeigt wurde; die beiden Glieder des Paares standen in der einen Reihengruppe neben-, in der anderen untereinander: in jeder Sitzung kamen zwei Reihen zur Anwendung. Beim Vorzeigen des ersten Gliedes bestätigten sich die angegebenen Resultate, bei dem des zweiten dagegen war auch bei dem sinnhaltigen Material die Trefferzahl in den H-Reihen die größere. Endlich wurde noch der Einfluß der Distanzierung, d. h. der räumlichen und zeitlichen Trennung der Paare, indem immer zwei Zeilen auf dem Papierstreifen (= 2,2—2,8 Sekunden) frei blieben, untersucht. Die Prüfung erfolgte wieder fünf Minuten nach beendetem Lesen der täglichen vier Reihen von je zehn oder zwölf sinnlosen Silben; die Häufungszahl war 5 oder 3. Das G-Verfahren war das günstigere. Der Grund liegt vielleicht darin, daß nunmehr auch bei diesem Verfahren die störenden Nebenassoziationen und rückwirkenden Hemmungen wegfielen; aber auch an ein inneres Wiederholen der gelesenen Paare in der Pause, das allerdings verboten war, ist zu denken. Am Schlusse dieses ersten Teils weist Verf. noch darauf hin, daß durch die höhere Leistungsfähigkeit und das größere Interesse der Versuchsperson, durch leichtere Lösbarkeit bestimmter Aufgaben, z. B. des Behaltens, durch die kleinere Zahl nötiger Vorversuche, durch geringeren Übungseinfluß und endlich durch deutlichere individuelle Differenzen das sinnhaltige und sinnerschaffende Material dem sinnlosen weit überlegen ist.

Der zweite Teil behandelt den Einfluß der Lesegeschwindigkeit auf das Einprägen. Das Lernmaterial bestand aus Reihen von je zehn sinnlosen Silben oder je acht Kombinationen von Wörtern und Zahlen. Die Rotationsgeschwindigkeit der Kymographiontrommel war dort 7,6 bzw. 8, 9, 12,7 und 16 Sekunden, hier 9, 13,3 und 26,6 Sekunden. Der räumliche Abstand zwischen je zwei Gliedern und den beiden Enden der Reihe blieb stets konstant, auch die gesamte Lesedauer war immer die nämliche und das Lernen vorwiegend mechanisch. In jeder Sitzung wurden vier Silben- oder zwei Wort- und Zahlenreihen gelesen und fünf Minuten später in der üblichen Weise geprüft. Das langsamste Tempo war vorteilhafter als das schnellste. Anders bei der täglichen Erlernung von vier Strophen eines muttersprachlichen Gedichts bis zum erstmaligen freien Hersagen: die durch das Metronom angegebene Geschwindigkeit betrug 0,3, 0,4, 0,5 oder 0,6 Sekunden für jeden Versfuß: die gesamte Lesedauer wurde mit der Fünftel-sekundenuhr bestimmt; das Hersagen erfolgte im Tempo des Ablesens. Es

nahm die Lernzeit mit der Steigerung der Lesegeschwindigkeit ab. Dieses „paradoxe Resultat“ bestätigte sich auch, als an demselben Tage Reihen von je zwölf sinnlosen Silben gelesen wurden, um teils nach der Treffer- und Zeitmethode, teils nach dem Erlernungsverfahren geprüft zu werden; dort wurde natürlich das Lesen vorzeitig abgebrochen, die Versuchspersonen wußten aber bei Beginn der Lesung noch nicht, welche Prüfungsart vorgenommen werden würde. Die Rotationsdauer der Trommel betrug 8,5 und 17, oder 8, 10, 13,3 und 20 Sekunden. Das Lesen war stets unterstützt, das Hersagen erfolgte in einem selbstgewählten bequemen Tempo. — Zur Erklärung dieses Resultats zieht Verf. zunächst die Angaben der Selbstbeobachtung heran. Nach diesen war den meisten die größte Geschwindigkeit, namentlich am Anfang, unangenehm; allerdings begünstigte das rasche Lesen die Konzentration der Aufmerksamkeit, ja zuweilen war das langsame Lesen geradezu störend. Wichtiger ist die Bemerkung, daß die rückwirkende Hemmung bei großer Geschwindigkeit mehr hervortritt; daher wächst die zum Erlernen nötige Anzahl von Lesungen mit der Geschwindigkeit. Aber auch die beim Erlernen nützlichen, bei der paarweisen Verbindung störenden Nebenassoziationen werden durch schnelles Lesen begünstigt. Da ferner die Zahl der reihenrichtigen, aber sonst falschen Fälle mit der Lesegeschwindigkeit zunimmt, so ist offenbar die Perseveration jedes einzelnen Gliedes, welche natürlich nach einer einzelnen schnellen Lesung geringer ist als nach einer einzelnen langsamen, nach allen Lesungen dort größer als hier. Sodann bemerkten die Versuchspersonen, daß beim langsamen Lesen schon am Anfang neben der Geläufigmachung des Materials die Stiftung der Assoziationen einsetzte; daher nimmt die durch das rasche Lesen bedingte größere Wiederholungszahl beim sinnlosen Material unverhältnismäßig mehr zu als bei sinnvollem Stoff. Auch tritt bei schnellem Lesen das visuelle Moment zugunsten des akustisch-motorischen zurück; das auf letztere Weise eingeprägte Material perseveriert aber mehr; ebenso stellten sich bei schnellem Lesen weniger assoziative Hilfen und Vorwegnahmen von Silben ein. Endlich gestattete das langsame Lesen einen besseren Überblick und eine bessere Lokalisierung der einzelnen Silben und Gruppen — ein Umstand, der wieder für das Erlernen von größerer Bedeutung als für die paarweise Verbindung ist. Neben diesen Angaben der Versuchspersonen kommt der Abfall der Assoziationsstärke in der Zeit in Betracht. Um ihn zu eruieren, wurde jede Reihe unmittelbar nach ihrem Lesen nach der Treffer- und Zeitmethode geprüft; gelesen wurden Reihen von je 16 sinnlosen Silben bei einer Geschwindigkeit von 11, 15 und 26 Sekunden und von je acht Wort- und Zahlkombinationen bei einer Geschwindigkeit von 18, 27 und 54 Sekunden. Es zeigte sich allerdings wiederum das langsame Tempo als das günstigere, aber gleichzeitig ergab sich, daß die Anzahl der Treffer im Laufe der sieben bis acht Minuten währenden Prüfung bei den schnell gelesenen Reihen merklich abnahm, während dies bei den anderen Reihen überhaupt kaum der Fall war. Das nämliche zeigte sich auch bei Reihen von je 16 sinnlosen Silben

bei einer Rotationszeit von 10,5 und 21 Sekunden. Dieser steile Abfall der Assoziationsstärke bei schnellem Lesen, der wohl bedingt ist durch die stärkere Perseveration nach der letzteren, kam nun beim Trefferverfahren mit seiner Prüfung erst fünf Minuten nach den Lesungen aller vier Reihen mehr in Betracht als bei der Erlernung mit ihrem Hersagen jeder Reihe oder Strophe unmittelbar nach ihrem Lesen. — Um auch den kraftökonomischen Effekt der Lesegeschwindigkeit zu ermitteln, wurden acht Reihen von je zehn sinnlosen Silben oder acht Strophen täglich gelernt bei nur 80—90 Sekunden Pause zwischen je zwei Reihen oder Strophen. An jedem Tage kam nur eine Geschwindigkeit zur Anwendung, aber bei den Silben betrug sie abwechselnd 8 und 16 Sekunden für die Reihe, bei den Strophen 0,3 und 0,6 Sekunden für den Versfuß. Auf das 30—45 Minuten dauernde Lernen folgten zur Feststellung der Ermüdung noch Auffassungsversuche nach der *Cron-Kraepelinschen* Methode, indem 280 zweisilbige deutsche Wörter, die hinter einem Spalte von 4—5 mm an der in Schneckenwindungen sehr schnell rotierenden Kymographiontrommel sichtbar wurden, monokular gelesen wurden. Nach dem schnellen Lesen wurden weniger Wörter richtig aufgefaßt als nach dem langsamen, während in den falschen Angaben kein Unterschied hervortrat. Dieses Resultat wurde sogar schon gewonnen, als täglich nur vier Reihen von je zehn sinnlosen Silben erlernt wurden, und zwar je zwei bei einer Rotationsdauer von 8 und 16 Sekunden und schon nach je zwei Reihen die Auffassungsfähigkeit geprüft wurde. Die Lernzeiten lassen die Ermüdung nicht so eindeutig hervortreten, denn bei der einen Versuchsperson war sie in den vier letzten Reihen länger, bei der anderen kürzer als in den vier ersten Reihen; allerdings war die Differenz bei jener in beiden Geschwindigkeiten die nämliche, bei dieser bei der großen Geschwindigkeit beträchtlicher als bei der geringen; die dritte Versuchsperson endlich zeigte in den vier letzten Reihen eine hochgradige Verkürzung bei der großen und eine geringe Verlängerung bei der kleinen Geschwindigkeit. Es liegt dies offenbar daran, daß neben der Ermüdung auch noch Übung, Anregung und Antrieb mit in Betracht kommen.

Im Anhang teilt Verf. noch die Ergebnisse einiger Versuche nach der *Ebbinghaus'schen* Methode der Hilfe in bezug auf „die Wirkung der einzelnen Wiederholungen“ mit. Gelernt wurden Reihen von je zehn sinnlosen Silben und zehn oder zwölf einsilbigen deutschen Wörtern, die auf einem Blatt Papier aufgeschrieben waren: in jeder Sitzung wurden acht oder neun Reihen bewältigt; die Prüfung erfolgte nach einer oder zwei oder drei usw. Lesungen; bei richtiger Nennung von nur zwei Buchstaben wurde der Fall nur halb zu den richtigen gezählt. Von den fünf Versuchspersonen, zu denen auch ein 14 jähriger Gymnasiast gehörte, kannte nur eine den Zweck der Untersuchung und die jedesmalige Anzahl der Lesungen. Es ergab sich ein treppenartiger Verlauf der Kurve, welche die richtigen Reproduktionen in Abhängigkeit von der Anzahl der Lesungen zu veranschaulichen hat. Die erste Lesung hat einen viel größeren Lerneffekt als die folgenden. Dieses Resultat

trat auch hervor, als 24 Stunden später nach zwei Lesungen noch eine zweite Prüfung vorgenommen wurde und das Lernmaterial jeder Sitzung aus acht Reihen von je zehn Silben, die von einem Blatt Papier abgelesen wurden, oder aus neun Reihen von je acht Silben am Kymographion, oder endlich aus sechs Reihen von je sechs dreistelligen Zahlen bestand. Die Anzahl der richtigen Fälle war in der zweiten Prüfung größer als in der ersten bei wenig Lesungen, sonst war das Gegenteil der Fall. Dieses Ergebnis findet seine Erklärung in der Abhängigkeit des Einprägungseffektes der einzelnen Wiederholung von der absoluten Stelle: die Aufmerksamkeit bevorzugt zunächst gewisse Stellen, namentlich die erste und letzte, welche auch nach den beiden Lesungen vor der zweiten Prüfung schon reproduzierbar sind; die schwierigeren Stellen werden dies erst nach mehreren Lesungen. Daß bei der Methode der Hilfen eine Anzahl von Silben schon nach der ersten Lesung reproduzierbar ist, steht nicht im Widerspruch mit den obigen Ausführungen über die Notwendigkeit der Geläufigmachung der Silben, sondern erklärt sich daraus, daß hier im Gegensatz zur Treffermethode die absolute Stelle eine große Rolle spielt, das Hersagen gleich nach dem Lesen erfolgte und das Lesetempo ziemlich langsam war. — Im übrigen setzt Verf. folgende Mängel an der Methode der Hilfen aus: zuweilen wirkt die Stimme des Versuchsleiters verwirrend, namentlich auf Visuelle; manche Versuchsperson kann nicht beim Hersagen das Tempo des Lesens innehalten, der Versuchsleiter kann die falschen Fälle nicht vollständig protokollieren; die Geschwindigkeit des Lesens muß daher genau reguliert werden, und eine Zeitmessung ist unerlässlich. Verf. bot daher wie bei der Treffer- und Zeitmethode die Hilfen optisch dar, sobald sie innerhalb eines zehn Sekunden langen Zuwartens nötig waren.

Giering, H., Das Augenmaß bei Schulkindern. Zschr. f. Psychol. usw.
Bd. 39, S. 42—87.

Als Versuchspersonen dienten 6- und 14jährige Knaben und Mädchen, von jeder der vier Gruppen 15; sie wurden aus einer Berliner Gemeindeschule, wie es der Zufall fügte, ausgewählt, hinzu kamen noch je zehn drei-, vier- und fünfjährige Knaben und Mädchen aus einem Kindergarten. Die Sehschärfe der Kinder war normal, ihr Kinn lag während der Versuche, die in einem gut beleuchteten Klassenzimmer an schulfreien Nachmittagen stattfanden, auf einer Stütze. Die tägliche Arbeitszeit betrug eine Stunde, die Urteile waren; kleiner, gleich und größer. Als Beobachtungsobjekte dienten bei den Versuchen „in der Flächendimension unter normalen Umständen“ Punkt- und Strichdistanzen auf weißem Karton von 18 cm Länge und 10 cm Höhe, und zwar wurden nur Distanzen gleicher Art miteinander verglichen. Die begrenzenden Punkte waren $2\frac{1}{2}$ mm dick, die Grenzlinien 1 mm breit und 20 mm lang. Die Normaldistanz betrug stets 30 mm, von der sich die Vergleichsdistanz um $\pm 0, \frac{1}{2}, 1, 1\frac{1}{2}, 2, 2\frac{1}{2}$ und 3 mm unterschied. Die Darbietung der Vergleichsobjekte war eine simultane

und sukzessive; in jenem Falle waren beide Distanzen durch drei Punkte oder Striche angegeben. Durch Umdrehung der Blätter um 90° wurden die Distanzen in vertikale verwandelt, so daß also Normal- und Vergleichsdistanz stets dieselbe Richtung hatten. Sieben von den sechsjährigen Mädchen konnten Distanzen noch nicht beurteilen, bei ihnen kamen daher 1 mm breite Linien zur Anwendung, die ebenfalls simultan und sukzessiv, horizontal und vertikal dargeboten wurden; bei simultaner Darbietung lagen Normal- und Vergleichsdistanz entweder aneinander, nur durch einen kurzen senkrechten Strich voneinander getrennt, oder bei einem gegenseitigen Abstände von 10 mm parallel zueinander; im letzteren Falle überragte die eine Linie die andere auf beiden Seiten oder nur auf einer Seite; die Längenverhältnisse waren die nämlichen wie bei den Distanzen. Bei den vorschulpflichtigen Kindern kamen auch Stäbe von 6 mm Durchmesser zur Verwendung; der Normalstab war 20 cm lang, der Vergleichsstab variierte wieder zwischen 17 und 23 cm mit einer Stufendifferenz von $\frac{1}{2}$ cm. Einer so eingehenden Untersuchung wie die älteren Kinder wurden aber nur zwei fünf- und je drei vier- und dreijährige Kinder unterzogen, und zwar mit simultan oder sukzessiv dargebotenen horizontalen Punktdistanzen oder Linien, letztere mit Ausschluß der Fälle, in denen die Differenz auf beiden Seiten lag. Auf Elimination von Raum- und Zeitfehler wurde Rücksicht genommen und jede Distanz 30mal beurteilt. Die Unterschiedsschwelle wurde erst bei 67% richtigen Angaben angenommen, da sehr selten „gleich“ geurteilt wurde. — Es zeigte sich, daß von den 30 vorschulpflichtigen Kindern bei simultaner Exposition sieben fünf- und fünf vierjährige auch Punktdistanzen, drei fünf-, fünf vier- und vier dreijährige nicht diese, aber Linien, endlich je drei dreijährige Kinder nur Stäbe oder auch diese nicht beurteilen konnten; die Differenzen stehender Stäbe wurden besser erkannt als die liegender; einige vier- und fünfjährige Kinder konnten Distanzen oder Linien erst nach einigen Vorversuchen mit liegend oder stehend nebeneinander befindlichen Stäben beurteilen; die Distanzen oder Linien wurden oft als Straßen oder Bäume versinnbildlicht. — Bei den älteren Kindern lag die Totalschwelle (Summe aus unterer und oberer Unterschiedsschwelle) am häufigsten bei 1,5 mm. Zwischen Punkt- und Strichdistanzen war kein Unterschied, ebenso war die Lage der Beobachtungsobjekte ohne Einfluß; daß auch die sukzessive Exposition keine schlechteren Resultate als die simultane lieferte, lag vielleicht zum Teil daran, daß dort die Kinder zu besonderer Anspannung der Aufmerksamkeit aufgefordert wurden, da „jetzt etwas Schwieriges käme“: vielleicht störten auch beim Simultanvergleich die Schwankungen im Urteil infolge der wiederholten Vergleichung. Die Knaben waren den Mädchen an Genauigkeit überlegen, selbst wenn jene erst sechs und diese bereits 14 Jahre alt waren; vielleicht wirkten aber hierbei Einflüsse von Nation, Stadt und Land, Erziehung, Lebensweise usw. mit. Ein Einfluß des Alters trat, abgesehen von den erwähnten sieben Mädchen zu sechs Jahren, nicht hervor; ja die sechsjährigen Knaben waren die besten Beobachter, allerdings

gaben diese fast gar keine Gleichheitsurteile ab; aber auch schon bei einigen vier- und fünfjährigen Kindern lag die Totalschwelle bereits bei 1,5 mm. Es findet also keine Entwicklung in dieser Beziehung statt. Im Gegenteil, Versuche an sechs Herren und Damen zwischen 25 und 50 Jahren mit simultan oder sukzessiv dargebotenen horizontalen Punktdistanzen ergaben eine Totalschwelle zwischen 1,5 und 5,5 mm, ja bei zwei Personen lag sie im Sukzessivvergleich jenseits der dargebotenen Differenzen. — Die Anzahl der Gleichheitsfälle innerhalb der Totalschwelle war bei den vorschulpflichtigen Kindern 0, bei den sechsjährigen Knaben 10%, bei den gleichaltrigen Mädchen 60% für Distanzen und 170% für Linien, bei den 14jährigen Knaben 120%, bei den gleichaltrigen Mädchen 250% und bei den Erwachsenen 510%. Auch traten starke individuelle Differenzen in dieser Beziehung hervor: im Laufe der Versuche nahmen die Gleichheitsfälle ab, was nicht etwa eine Verbesserung sondern eine allgemeine Disposition des Urteils bedeutet. Diese Resultate traten auch bei Berücksichtigung aller Gleichheitsurteile, auch jenseits der Totalschwelle, hervor. — In den Linienversuchen an den sieben sechsjährigen Mädchen lag die Totalschwelle zumeist zwischen 1 und 2 mm. Bei den parallelen Linien sowohl in horizontaler wie in vertikaler Richtung drängte sich die Differenz, namentlich wenn sie auf beiden Seiten lag, durch das Vorspringen oder Zurücktretan der Vergleichslinie mehr auf, als wenn beide Linien aneinander grenzten; während dort vorzüglich die Abweichungen der Endpunkte der Vergleichslinie von der vertikalen bzw. horizontalen Richtung beurteilt wurde, kam es hier vor allem darauf an, daß die Nachwirkungen vom Durchlaufen der Normallinie mit dem Blicke festgehalten wurden, so daß es sich bereits um den komplizierteren Sukzessivvergleich handelte. Als auf diese Versuche solche mit Punktdistanzen folgten, konnte auch diese nunmehr beurteilt werden, und zwar lag die Totalschwelle für drei von den sieben Kindern bei höchstens 2 mm. Endlich ergab sich noch, daß bei simultaner Exposition die beiden Distanzen zuerst sorgfältig fixiert und wiederholt miteinander verglichen wurden, später aber erfolgte das Urteil unmittelbarer und nur die Vergleichsdistanz wurde ins Auge gefaßt. Im Sukzessivvergleich genügte einigen Versuchspersonen die Betrachtung der Normaldistanz nur bei den ersten Versuchen, so daß die Beurteilung nach dem absoluten Eindruck erfolgte.

Die zweite Gruppe von Versuchen brachte „Flächendimensionen unter täuschenden Umständen“. Die Figuren wurden auf Kartonpapier in regelloser Aufeinanderfolge den Versuchspersonen, die nicht jünger als sechs Jahre waren und zum Teil durch neue ersetzt werden mußten, gleichzeitig vorgelegt. Auf jede Differenz kamen 10 Urteile; fielen mindestens sieben davon im Sinne der Täuschung aus, dann galt diese als vorhanden. Verglichen wurde zunächst eine 31 mm lange Horizontale zwischen zwei Parallelen von 18 mm Länge mit einer um 0, 1, 2, 3 und 4 mm kürzeren Horizontalen zwischen zwei Parallelen von 44 mm Länge. Vier von den sechsjährigen Knaben hatten die Täuschung nicht; je ein Mädchen von 14

und sechs Jahren hatte sie ebenfalls nicht, beurteilte aber auch die um 1 und 2 mm kürzere Vergleichslinie noch als gleich; sonst war die Täuschung bei Kindern und Erwachsenen in gleichem Umfange vorhanden. Zweitens wurden zwei horizontale parallele Kreisbogen, von denen der obere stets einer Sehne von 19 mm entsprach, der untere dagegen so auf beiden Seiten verkürzt war, daß seine Sehne um 0, $\frac{1}{2}$, 1, $1\frac{1}{2}$ und 2 mm kleiner war, miteinander verglichen; über dem oberen Bogen befanden sich zwei parallele größere und unter dem unteren zwei parallele kleinere Kreisbogen, so daß der oberste der größte, der unterste der kleinste aller sechs Bogen war. Nur bei fünf sechsjährigen Kindern (vier Knaben und ein Mädchen) fehlte die Täuschung. Drittens wurden zwei nebeneinander befindliche Kreisinge gegeben, von denen der eine einen Durchmesser von 25 mm hatte und einen kleineren Kreis konzentrisch umfaßte, während der andere mit einem um 0, $1\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$, $3\frac{1}{2}$ und 4 mm kleineren Durchmesser von einem größeren Ring konzentrisch umfaßt wurde; die Mittelpunkte der Ringe waren 49 mm voneinander entfernt. Nur drei Kinder (zwei Knaben von 14 und einer von sechs Jahren) hatten die Täuschung nicht; bei den sechsjährigen Mädchen trat sie besonders deutlich hervor, $\frac{2}{3}$ von ihnen unterlagen ihr selbst noch bei einer Differenz von 4 mm. Viertens wurde eine leere Punktdistanz von 50 mm Länge mit einer durch sechs nebeneinander befindliche Punkte ausgefüllten und 50, 49, $48\frac{1}{2}$, 48 und $47\frac{1}{2}$ mm langen verglichen; beide Distanzen waren horizontal und die Vergleichsdistanz lag neben aber unter der Normaldistanz. Selbst bei der kleinsten Vergleichsdistanz war die Täuschung noch bei den meisten Versuchspersonen in jeder Gruppe einschließlich von fünf Erwachsenen, die bei all diesen Versuchen mit herangezogen wurden, vorhanden. Fünftens wurde eine horizontale Ausdehnung mit einer vertikalen verglichen, indem ein rechtwinkliges Parallelogramm eine konstante Breite von 30 mm und eine Höhe von 27, $27\frac{1}{2}$, 28, $28\frac{1}{2}$, 29, $29\frac{1}{2}$, 30, 31 und 32 mm hatte. Von den 65 Versuchspersonen erkannten sieben (darunter drei Erwachsene) das Quadrat als solches, drei Kinder unterschätzten in ihm sogar die Höhe; sonst wurde letztere überschätzt, und zwar von 15 Kindern selbst dann noch, als sie um 1,5 mm hinter der Breite zurückstand. Schließlich wurde ein Normalrechteck von 26 mm Höhe und 40 mm Breite mit anderen Rechtecken von gleicher Höhe aber um ± 1 , 2 und 3 mm differierenden Breite verglichen. Es sollte auf Höhe und Breite zugleich geachtet und angegeben werden, in welchem Sinne sie sich änderten. In den wenigsten Fällen waren die Angaben richtig; zumeist wurde die Höhe überschätzt oder unterschätzt, je nachdem die Breite objektiv kleiner oder größer war. Diese Resultate glaubt Verf. am besten mit der *Schumannschen* Theorie der geometrisch-optischen Täuschungen in Einklang bringen zu können, während sie der *Wundtschen* Theorie widersprechen und mit der *Lippsschen* nicht ohne Schwierigkeit vereinbar sind.

Die dritte Versuchsgruppe hatte den Einfluß der Akkomodations- und Konvergenzempfindungen auf unsere Tiefenschätzung zum

Gegenstände. Verf. schildert zunächst eingehend die einschlägigen Versuche und Theorien, namentlich von *Wundt* und *Hillebrand*. An zwei erwachsenen Versuchspersonen bestätigten Versuche im Berliner Psychologischen Institut, bei denen die *Hillebrandsche* Versuchsanordnung zur Anwendung kam, das negative Resultat dieses Forschers. Da jedoch Kinder für die Schlichtung der Streitfrage vielleicht geeigneter sind, so wurden an ihnen zwei Arten von Experimenten angestellt. In der einen befanden sich hinter einer Stirnwand von je 80 cm Breite und Höhe mit einer kurzen Röhre in der Mitte zwei senkrechte Eisenstäbe; der eine von diesen war vom beobachtenden Auge 50 cm entfernt und hatte eine Dicke von 4,5 mm, der andere hing links von diesem, war 4,24 oder 4,75 mm dick und wechselte seine Entfernung vom Auge innerhalb von ± 15 cm im Vergleich zu der des Normalstabes. Es sollte angegeben werden, ob jener vor, hinter oder neben diesem sich befand. Der Apparat war dunkel gestrichen und hatte einen Schirm aus weißer Leinwand zum Hintergrunde. Die Versuche fanden bei Tagesbeleuchtung statt. Fast alle Urteile waren richtig. In der zweiten Art von Versuchen, in denen wie in der ersten monokular beobachtet wurde, waren die Eisenstäbe 4,5 und 6 mm dick, 80 bzw. 100 und 120 cm vom Auge entfernt und wurden sukzessive dargeboten. Die Versuche fanden im Dunkelzimmer des Berliner Psychologischen Instituts statt, als Hintergrund diente das Tageslicht, welches durch eine verstellbare Öffnung des Fensterverschlusses fiel. Es wurde darauf Rücksicht genommen, daß die Stäbe stets scharf begrenzt und gleich dunkel waren. Jede Distanz wurde zehnmal beurteilt von je zehn Knaben und Mädchen zu 14 und 6 Jahren. Selbst bei 40 cm Differenz gaben nur etwa fünf von den 40 Versuchspersonen in $\frac{2}{3}$ der Fälle richtige Urteile ab, und selbst bei diesen war vielleicht der Grund eine etwas dunklere Färbung des näheren Stabes; gab doch eine dieser fünf Versuchspersonen — die anderen vier waren nicht mehr erreichbar — nicht mehr $\frac{2}{3}$ richtige Urteile ab, als durch weißes Papier an der Rückseite der Stirnwand diese Helligkeitsdifferenz beseitigt wurde. Im einzelnen urteilten einige nie „Näher“, andere bevorzugten das „Näher-“ oder „Ferner-“ oder „Gleich“-Urteil, bei wiederum anderen verteilten sich diese Urteile gleichmäßig oder mit nur schwachem Überwiegen des „Näher-“ oder „Ferner-“. Auf Grund dieser Ergebnisse glaubt sich Verf. auf die Seite *Hillebrands* stellen zu müssen und im Gegensatz zu *Wundt* den Akkomodations- und Konvergenzempfindungen keinen wesentlichen Einfluß auf die Tiefenwahrnehmung einräumen zu können.

Watt, H. S., Experimentelle Beiträge zu einer Theorie des Denkens. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. IV, S. 289—436.

Es handelt sich um 3253 an sechs Herren angestellte sog. eingeengte Assoziationsversuche, bei denen zu dem gelesenen Reizworte der über- oder unter- oder beigeordnete Begriff oder ein Teil oder das Ganze oder ein

koordinierter Teil genannt werden mußte. Die Angaben der Selbstbeobachtung wurden genau protokolliert und gelegentlich durch Fragen ergänzt. Die gedruckten Reizwörter waren geläufige Substantive abstrakten oder konkreten Inhalts und enthielten nur selten mehr als zwei Silben. Die benutzten Apparate waren: das *Hippische Chronoskop*, der *Achsche Kartenwechsler*, der Schalltrichter und das Relais. Bestimmte Aufgaben wurden gewählt, da nach des Verf.s Meinung bei freien Assoziationen das gesammelte Material zu mannigfaltiger Art und die Selbstbeobachtung zu geteilt ist, wozu noch kommt, daß alle Richtung der Aufmerksamkeit auf irgend etwas sich doch nicht vermeiden läßt. Die Reaktionen waren zumeist befriedigend infolge der vorbereitenden Wirkung der Aufgabe in Form der körperlichen Akkommodation, lebhaften Erwartung und Spannungsempfindung, namentlich am Anfang, und endlich der innerlichen Wiederholung der Aufgabe, ebenfalls vornehmlich in den ersten Versuchen. Der Grad der Bewußtheit der Vorbereitung entscheidet nichts über ihren Wert. Neben dem Stadium der Vorbereitung wird noch das des Erscheinens des Reizwortes, des Suchens nach der Reaktion und des Auftretens der letzteren unterschieden; jedes dieser vier Stadien wurde durch Fraktionierung des Bewußtseinsinhaltes zu einem gesonderten Gegenstande der Selbstbeobachtung gemacht. Es ergab sich nun, daß der Aufgabe in mannigfacher Form genügt wurde. In den meisten Fällen handelte es sich um „Reproduktionen mit einfacher Richtung“, insofern die Lösung der Aufgabe in der Richtung lag, in welcher sie gesucht wurde. Hierbei zeigten sich jedoch mehrere Abarten, je nach dem Gesichts- oder Wortvorstellungen als Mittelglieder auftraten, oder eine derartige Angabe fehlte oder überhaupt keine Angabe über den Reproduktionsprozeß gemacht werden konnte. Welche Form sich einstellte, hing von Person und Aufgabe ab. So ist z. B. die Vermittlung durch Gesichtsvorstellung bei der Auffindung des Ganzen oder des Teils besonders häufig. Überhaupt kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß die Veränderung der Aufgabe auf den qualitativen Inhalt und die Dauer des Reproduktionsverlaufs jeder Versuchsperson von wesentlichem Einfluß ist. So dauert es länger den untergeordneten als den übergeordneten Begriff zu finden. Auch die Form des Reproduktionsverlaufs ist aber für die Dauer von Bedeutung. Bei Gesichts- oder Wortvorstellungen als Mittelglieder ist im allgemeinen die Zeitdauer eine größere als ohne diese. Jedoch ist hierbei auch zu unterscheiden zwischen der Gesichtsvorstellung als Vermittlung und der als Nebenerscheinung. — Als „Reproduktionen mit mehrfacher Richtung“ werden die Fälle bezeichnet, in denen die Versuchspersonen nach etwas anderem aber Unbestimmtem, oder nach etwas anderem Bestimmtem suchte. In diesen Fällen ist die Reaktionszeit verlängert, und zwar zumeist im letzteren Falle mehr als im ersteren. Aber auch sonst können mehrere Reproduktionstendenzen auftreten, wodurch immer eine Verzögerung der Reaktion bedingt ist. — Von den einzelnen Aufgaben verdient die Auffindung des koordinierten Begriffs oder Teils insofern eine besondere Beachtung, als sie zumeist eine Vermittlung durch den Oberbegriff oder

das Ganze bedingen. — Handelte es sich um Vorstellungen in Bereitschaft durch Perseverationstendenz, dann ist die Reaktionszeit verkürzt. Aber auch der Aufgabe kommt eine Perseverationstendenz zu. Endlich sei noch erwähnt, daß, wie bei anderen ähnlichen Versuchen, auch hier sich die Geläufigkeit der Reproduktion von Einfluß zeigte, insofern mit ihrer Zunahme die Reaktionszeit abnahm, und zwar bestimmte Verf. den Grad der Geläufigkeit nach der Anzahl von Versuchspersonen, welche dieselbe Antwort gaben. Der Arbeit ist eine Skizze der Versuchsanordnung und eine große Anzahl von Tabellen und Kurven beigegeben.

Vaschide, N., Index Philosophique. Publication annuelle de la Revue de Philosophie. Deuxième année 464 S. (Paris, Chevalier et Rivière).

Es handelt sich um eine Zusammenstellung der philosophischen und biologischen Literatur des Jahres 1903. Im ersten Kapitel werden unter dem Titel „Généralités et Traités généraux“ die Lehrbücher, Einführungen, allgemeinen Abhandlungen, Bibliographien, Wörterbücher usw. aufgeführt. Das zweite Kapitel umfaßt die logischen, kritischen und methodologischen Abhandlungen mit Abbildungen von mehreren Apparaten. Im dritten Kapitel finden sich die metaphysischen Schriften (Theorie des Seins und Erkennens), im vierten die biologischen und medizinischen (normale und pathologische Anatomie des Zentralnervensystems; normale und pathologische Anatomie des Marks und der Nerven; die Nervenzellen; normale und pathologische Physiologie des Nervensystems, Funktionen des Gehirns, zerebrale Lokalisationen; die Reflexe; Nervenkrankheiten; Geisteskrankheiten; Chirurgie des Nervensystems; Toxikologie; Therapie; allgemeine Pathologie; Elektro-Physiologie und Anthropologie). Das fünfte Kapitel enthält die psychologische Literatur und zerfällt in allgemeine Physiologie, Psychophysiologie, Empfindung und Perzeption, Raum- und Zeitsinn, Gesicht-, Gehör-, Muskel-, Haut-, Geruch- und Geschmackssinn, Illusionen und Halluzinationen; Gedächtnis und Phantasie; Vorstellung und Assoziation; Aufmerksamkeit und Gewohnheit; Erkennen und Glauben; Gefühle und Affekte; Schmerz; Wille; Instinkte und Sexualgefühle; körperliche und geistige Ermüdung; Sprache und Aphasie; Traum und Schlaf; Entwicklung und Vererbung; Charakter und Temperament; Genie und Talent; Hypnotismus und Suggestion; Spiritismus; Psychologie des Individuums; Willensfreiheit, Idealismus und Ideal; Kinderpsychologie; Erziehung und Unterricht; Psychologie der Gesellschaft; Völkerpsychologie; Verbrechen und Strafe; Tierpsychologie. Im sechsten Kapitel sind die ästhetischen, im siebenten die religiösen und religionsphilosophischen Schriften aufgeführt. Die Werke über Geschichte der Philosophie und Psychologie finden sich im neunten und die über Ethik im zehnten Kapitel. Die einzelnen Abteilungen zerfallen oft noch in zahlreiche Unterabteilungen; von manchen

Abhandlungen wird der Inhalt kurz skizziert; es finden sich im ganzen 5367 Nummern. Den Schluß bildet ein alphabetisch geordnetes Personenverzeichnis.

Pedersen, Experimentelle Untersuchung der visuellen und akustischen Erinnerungsbilder, angestellt an Schulkindern. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. VI, S. 520—534.

Die von *Ribot* und *Dugas*, *Stetson* und *Netschajeff* und *Cohn* angewandten und in der vorliegenden Arbeit kurz beschriebenen Methoden zur Feststellung der Gedächtnistypen findet Verf. zum Teil zu wenig exakt, zum Teil zu kompliziert. Er benutzte daher bei 27 zehn- bis elfjährigen Knaben einer Volksschule, die im Schreiben und Lesen wohlgeübt waren, folgendes Verfahren zur Ermittlung des visuellen und akustischen Typs. Von 500 englischen, siebenbuchstabigen Wörtern, deren Aussprache schwierig war und von der Orthographie abwich, wurden täglich 15 an die Tafel geschrieben und jedes einzelne von den Kindern fünf bzw. zehn Sekunden lang betrachtet, um es nachher niederzuschreiben; natürlich war das Wort nur während der Expositionszeit sichtbar; der Beginn der Expositionszeit wurde signalisiert und jedes Kind konnte die Buchstaben deutlich sehen; an jedem Tage kam nur eine Expositionszeit, aber in regelmäßigem Wechsel, zur Anwendung. Ferner wurden den Kindern täglich 15 ebenfalls siebenbuchstabige und unbekannte Wörter, deren Aussprache aber dem Schriftbilde glich, einmal laut, langsam und deutlich vorgesprochen, um wiederum jedes Wort nach seinem Vorsprechen niederzuschreiben; Verwechslungen von Lauten, die für ein normales Ohr schwer unterscheidbar sind, blieben unberücksichtigt. Im ganzen wurde scheinbar an 48 Tagen gearbeitet. Mitgeteilt werden die prozentualen falschen Buchstaben im Verhältnis zu allen Buchstaben für jeden Schüler wie für alle zusammen, ferner unter Trennung der „Seh- und Gehörwörter“ und bei jenen unter Trennung sowohl der beiden Expositionszeiten wie des ersten, zweiten, dritten und vierten Viertels der Versuche. Durch die zuletzt genannte Fraktionierung ergab sich für die kürzere Expositionsdauer ein fortschreitender Übungseinfluß, während bei der anderen offenbar zu langen Expositionsdauer sich keine stetige Abnahme der Fehler von Viertel zu Viertel zeigte. Die Anzahl der Fehler bei den Sehwörtern variierte zwischen 0,18 % und 10,18 %, wenn die Exposition fünf Sekunden währte, zwischen 0,65 % und 8,55 %, wenn sie zehn Sekunden lang dauerte und bei den Gehörwörtern zwischen 1,12 und 10,56 %. Die Verlängerung der Expositionszeit erwies sich, abgesehen von zwei sehr langsam lesenden Kindern, nur für die Akustiker von Nutzen; offenbar wurden die Visuellen durch das wiederholte Lesen der in Laut- und Schriftbild differierenden Wörter gestört, während die Akustiker durch die Wiederholung auch aus dem Gesichtsbilde einen Nutzen zogen. Die Prozentzahl der Fehler für alle Kinder ist bei den fünf Sekunden lang exponierten Sehwörtern annähernd dieselbe wie bei den

Gehörwörtern; vergleicht man daher bei jedem Kinde beide Wortarten in bezug auf die prozentualen Fehler miteinander, so waren 16 Kinder vorwiegend visuell und 11 vorwiegend akustisch veranlagt, insofern jene bei den Gehör-, diese bei den Sehwörtern mehr Fehler machten. In bezug auf die Gehörwörter besteht kein Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen von Versuchspersonen, so daß sie also nur im Gesichtserinnerungsbild differieren. Endlich vergleicht Verf. die Prozentzahlen der Fehler bei Seh- wie auch Gehörwörtern mit den Durchschnittszensuren des ganzen Jahres für Orthographie, Geschichte, Geographie, Naturgeschichte, Zeichnen und Schreiben; die benutzte Skala umfaßte 19 Noten; die Kinder hatten keine häuslichen Arbeiten und wurden in all den genannten Fächern, mit Ausnahme von Zeichnen und Schreiben, vom Verf. unterrichtet. Die Visuellen waren in Orthographie und Zeichnen den Akustikern überlegen und in Geschichte und Naturgeschichte unterlegen; in Geographie und Schreiben war der Unterschied gering, bei dem letzteren spielt offenbar auch das motorische Moment eine große Rolle. Auch graphisch werden die Beziehungen zwischen den Versuchsergebnissen und den Durchschnittsleistungen für jeden Schüler in der Orthographie und ferner in allen genannten Fächern, mit Ausnahme von Schreiben und Zeichnen, veranschaulicht. Es zeigt sich eine gewisse Übereinstimmung zwischen den Versuchsergebnissen und der Tüchtigkeit des Kindes, welch letztere demnach wesentlich auf der Konzentration der Aufmerksamkeit beruht.

Lagerborg, R., Das Gefühlsproblem. 141 S. (Leipzig, Joh. Ambr. Barth.)

Verf. vertritt die *James-Langesche* Organgefühlstheorie und sieht in dem Gefühle nur einen „Übergangszustand“, eine „Desaptation des nervösen Mechanismus“ oder einen „Interimszustand ungenügender Anpassung“. Am Schluß findet sich ein Literaturverzeichnis.

Hirschlaff, L., Hypnotismus und Suggestivtherapie. 269 S. (Abels Medizinische Lehrbücher; Leipzig, Joh. Ambr. Barth.)

Es handelt sich um eine Neubearbeitung der ersten Auflage, die von dem inzwischen verstorbenen Dr. *Max Hirsch* besorgt wurde. Verf. stützt sich auf seine große eigene Erfahrung in bezug auf die hypnotischen Erscheinungen und gibt zunächst eine kurze Geschichte des therapeutischen Hypnotismus, um dann die „Phänomenologie des experimentellen Hypnotismus“ zu behandeln. Es folgt dann in zwei Kapiteln die „praktische Hypnotherapie“ und „Suggestivtherapie“. Nach einer Zusammenstellung der „therapeutischen Ergebnisse“ tritt Verf. in „theoretische Erläuterungen“ der Hypnose wie der Suggestion ein. Bei dem Begriff der Hypnose unterscheidet er streng zwischen oberflächlichen und tiefen hypnotischen Zuständen. Jene sind von dem Wachleben nicht wesentlich verschieden und nur durch eine Ruhe der

willkürlichen Organe und durch die Konzentration der Aufmerksamkeit, verbunden mit einem mehr oder minder großen Müdigkeitsgefühl, charakterisiert; sie sind also pseudohypnotische oder „epistatische“ Zustände. Eine einwandfreie Theorie der tiefen Hypnose hält Verf. heute für ebensowenig möglich wie die des Schlafes und der Hysterie; zu diesen beiden Zuständen hat übrigens die tiefe Hypnose zahlreiche Beziehungen, denen aber auch wieder gewisse Differenzen gegenüberstehen. Das Wesen der Suggestion sieht Verf. mit *Lipps* und anderen Forschern in der „Aufstellung einer unmotivierten, der Wirklichkeit nicht entsprechenden Vorstellung oder einer unlogischen, auf ungewöhnlichem Wege eingeführten Aufforderung von seiten des Experimentators und in dem Nichtauftreten korrigierender Gegenvorstellungen und Gegenbestrebungen von seiten der Versuchsperson.“ Alle Ausführungen des Verfs stützen sich auf eingehende Berücksichtigung und Kritik der umfangreichen Literatur. Am Schlusse findet sich ein alphabetisch geordnetes Register, das Personen- und Sachverzeichnis zugleich darstellt.

Stefani-Ugolotti, Influenza dell' età e dell' intensità e ripetizione dello stimolo sui caratteri di alcuni reazioni nervose elementari contributo allo studio dell' adattamento. (Rivista Sperimentale di Psichiatria. V. XXXI, F. III, 1905.)

Die Verff. haben den Einfluß des Alters sowie der Intensität und Wiederholung eines Reizes auf den Charakter einiger elementarer nervöser Reaktionen besonders auch in Hinsicht auf die Anpassung untersucht. Sie haben die Reaktion der Pupille durch Atropin und Pilocarpin, die Herzaktion durch Atropin geprüft und sorgfältig alle Einflüsse untersucht, welche Alter des Individuums und Dosierung des Reizes auf die betreffenden Aktionen ausübten. Zum Studium der Anpassung der Herztätigkeit wurden subkutane Injektionen, zu dem der Pupillen Instillationen in den Konjunktivalsack vorgenommen. Die Versuchsobjekte waren Menschen, Hunde und Katzen. Die Untersuchungsreihen wurden Monate und Jahre durchgeführt und kurvenmäßig aufgezeichnet. Die Zusammenfassung aller Untersuchungsreihen ergibt folgende Hauptresultate: 1. Die Verschiedenheiten der Reaktion, hervorgerufen durch die Wiederholung des Reizes, sind zellulärer Natur. 2. Die Anpassungsweite variiert sehr je nach dem Alter des Individuums und nach der speziellen biologischen Aktion, welche man als Untersuchungsobjekt nimmt. 3. Die Anpassung kann verzögert oder verhindert werden durch den Eintritt der Ermüdung. 4. Der Anpassung vorher geht eine Periode der Vorbereitung, die in kontinuierlichen Oszillationen besteht, welche den Eindruck eines Kampfes zwischen Organ und Gift machen und als Ausdruck zweier physiologischer antagonistischer Vorgänge aufzufassen sind. 5. Die Anpassungsreaktion selbst zeigt keine Erschöpfbarkeit, sondern eine stabile, konstante Form.

Das Gesamtergebnis der Beobachtungen zeigt eine Übereinstimmung mit den Aufstellungen *Neumeisters* (1903), nach welchem eine spezielle Form von Sensibilität oder besser psychischer Aktivität die Funktion jedes kleinsten Teiles der lebenden Substanz begleitet. In dieser Protoplasmaseele, welche fühlt, unterscheidet und will, scheinen die Bedingungen zu liegen, die Reaktion zu modifizieren nach Alter, Art und Wiederholung des Reizes usw. zum Zwecke der Erreichung von Resultaten, welche den Interessen des Organismus am meisten konform sind. Erst durch die Aufnahme einer im Protoplasma primär auftretenden Empfindung wird die Einleitung mechanischer Prozesse verständlich.

Probst-München.

Stefani-Ugolotti, Alcune ricerche di psicofisiologia cellulare. (Rendiconti della Associazione Medico-Chirurgica di Parma. Nr. 5. 1905.)

Der Inhalt deckt sich mit der oben besprochenen Arbeit derselben Autoren.

Probst-München.

Piéron, H., Psychologische Beobachtungen an Tieren. *Revue de Psychiatrie*, Febr. S. 79.

Es werden Beobachtungen von Träumen bei Tieren (vier an Hunden, eine an einer Katze) mitgeteilt. Hunde leckten schlafend nach Zuckerstücken, die ihnen in die Nähe der Schnauze gelegt wurden.

Setzt man Fliegen der Wirkung von Chloroform aus und bringt sie in die frische Luft, sobald sie bewußtlos niederfallen, so bleibt ein Teil von ihnen lange Zeit träge, andere dagegen zeigen große Erregung, bewegen lebhaft die Flügel, ohne zu fliegen, reiben sich mit dem Hinterleib die Flügel usw. Auch bei verschiedenen Menschen verursachen Chloroform und Alkohol verschiedenartige Rauschzustände.

Snell.

Kronthal, P., Metaphysik in der Psychiatrie. Verl. v. Gustav Fischer, Jena 1905.

Verf. geht im ersten Teile seiner Besprechung, dem „Hauptstück“, davon aus, daß die heutige Psychiatrie sich zu sehr von metaphysischen Begriffen leiten läßt und daß sie sich zu wenig auf den Grund der reinen Naturwissenschaft stellt, der die allgemeine Medizin ihre jetzige Höhe verdankt. Es wird noch zu sehr mit metaphysischen Begriffen gearbeitet, die für einen Theologen, Philosophen wertvoll sein mögen, dem Naturforscher aber nichts sagen. Das wird vor allem an den drei Begriffen untersucht, die hauptsächlich die Psyche ausmachen: Empfindung, Wille und Gedächtnis. Wenn man nun diese drei vom naturwissenschaftlichen Standpunkte aus untersucht und auf ihre Existenzberechtigung in psychiatrischen Lehrbüchern prüft, findet sich, daß zunächst Empfindung als solche jeder Erkenntnis unzugänglich ist, denn sie

widerspricht dem erkenntnistheoretischen Grundgesetz, das lautet: „Was ein jeder von der Welt, den eigenen Körper inbegriffen, zu wissen glaubt, sind nur Urteile über die eigene Empfindung; außer ihr kennen wir nichts.“ Die gleiche Bezeichnung unserer Empfindungen ist der gleichen Kultur zuzuschreiben, es sind die Bezeichnungen gleich, aber nichts beweist, daß es die Empfindungen auch sind. Der Wille ferner im Sinne einer freien Willensbestimmung widerspricht von vornherein jeder naturwissenschaftlichen Anschauung. Gedächtnis endlich ist sehr wohl als etwas auch naturwissenschaftlich Begreifbares aufzufassen: *Kronthal* nennt Gedächtnis, wenn eine durch einen Reflex veränderte, reizleitend verbundene Zellgemeinschaft in gleicher Art weiter verändert wird. Es gibt nun aber weder besondere Empfindungszellen noch Erinnerungszellen, sondern die Empfindung ist eine Funktion jedes Organismus als Ganzes, und gegen die Existenz besonderer Erinnerungszellen spricht die Tatsache, daß nach Degeneration von Bahnen, die z. B. zur Leitung von Seheindrücken dienen, die Erinnerungsbilder nicht schwinden. Die Psyche als Ganzes ist kein Ding, sondern ein Geschehen, es ist die Summe der Reflexe.

Auf Grund dieser Erkenntnis, schließt Verf. sein Hauptstück, soll die Psychiatrie sich aufbauen, alles Philosophieren und Spekulieren aufgeben: ein Buch der Psychiatrie, auf diesen Grund gestellt, wird zunächst von geringem Umfang sein, wird aber, im Gegensatz zu den heute vielfach divergierenden und schnell wechselnden psychiatrischen Anschauungen ein unverrückbares Fundament einer exakten Wissenschaft sein.

In der ersten Ergänzung führt Verf. dann den Beweis, daß die moderne Psychiatrie mit metaphysischen Begriffen arbeitet, und an Proben aus den bedeutendsten psychiatrischen Werken zeigt er die Schwierigkeiten, auf die die Erklärung einzelner Tätigkeiten der Psyche durch vage metaphysische Bezeichnungen stößt. An die Stelle dieser, unter den einzelnen Autoren in größter Breite wechselnden Begriffe setzt er Erklärungen rein naturwissenschaftlicher Art, alles zurückführend auf einen Hauptsatz, daß Psyche die Summe der Reflexe ist. Es seien hier die Definitionen angeführt, die er von Temperament und Charakter gibt. „Temperament ist die dem betreffenden Individuum eigenartige Reaktion auf Reize, und zwar die Eigenartigkeit betrachtet, nicht nach Art der Reflexe, sondern nach dem Zeitintervall zwischen Reiz und Reflex.“ Und „Charakter ist die jedem Menschen eigene Art der Reaktion, die Eigenartigkeit betrachtet, nicht nach der Zeit zwischen Reiz und Reflex, sondern nach den motorischen Apparaten, zu denen die Erregung geleitet wird.“

Die zweite Ergänzung sucht dann den Begriff des Willens naturwissenschaftlich festzulegen. Nachdem Verf. die Definitionen von Philosophen aller Zeiten angeführt und besprochen hat, bestimmt er den Begriff naturwissenschaftlich so: „Wille ist das als Reiz wirkende Gedächtnis.“ Die dritte, letzte Ergänzung beschäftigt sich des näheren mit der Empfindung und den psycho-physiologischen Experimenten und kommt auch dort zu dem Schlaß,

daß mit der von den Philosophen gegebenen Erklärung der Naturforscher Klarheit über das, was Empfindung genannt wird, nicht bekommen kann. Es liegt das, wie schon im Eingang gesagt, daran, daß alle Dinge für jeden Menschen nur durch seine und in seiner Empfindung existieren, wir also nie Dinge, sondern nur unsere Empfindungen beurteilen. Es kann daher den Glauben, die Empfindung zu untersuchen, nur die Philosophie sich gestatten, nie die Naturwissenschaft, weil von jener nicht die sinnfällige Beweisführung für ihre Behauptungen verlangt wird, wie stets von dieser.

Grütter-Lüneburg.

3. Gerichtliche Psychopathologie.

Ref.: Ernst Schultze-Greifswald.

Groß, Adolf, Kasuistischer Beitrag zur klinischen und forensischen Beurteilung des Pseudo-Querulantenwahns. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin. Supplement.

Das bemerkenswerte Gutachten weist bei dem wegen wissentlich falscher Anschuldigung Angeklagten folgendes nach: erbliche Belastung; nervöse Beschwerden; Neigung zu Verstimmungszuständen; Selbstüberschätzung der eigenen Persönlichkeit, seiner Stellung und seiner Eigenschaften; eigenartige Rechtsauffassung, die alles, was er tut, billigt, die Handlungen anderer aber nur insoweit lobt, als sie seinen Wünschen entsprechen; Reizbarkeit; Erinnerungsfälschungen mit Neigung zu unklaren Kombinationen; Hartnäckigkeit und Leidenschaftlichkeit in der Geltendmachung seines vermeintlichen Rechts.

Aber er ist kein querulierender Paranoiker; er lenkt, wenn auch nur bedingt und für kurze Zeit, ein; er beruft sich des öfteren auf seinen pathologischen Zustand; er hat Pausen; wir finden bei ihm nicht die Gesetzerkenntnis, nicht die grotesken, erbitterten Schriftstücke, nicht die Ausdehnung der feindlichen Kreise, wie beim Paranoiker.

Ein pathologischer Mensch ist er zweifellos; er steht an der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit; er ist seit Jahren nicht voll zurechnungsfähig; § 51 trifft nicht zu.

Der Angeklagte wurde freigesprochen.

In der medizinischen Epikrise macht Verf. es wahrscheinlich, daß der Angeschuldigte zur Epilepsiegruppe gehört.

Jäger, Johannes, Hinter Kerkernauern. H. Groß' Archiv Bd. 19—21.

Auf Grund einer 15jährigen Tätigkeit als Strafanstaltspfarrer kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß die *Lombrososche* Lehre, deren Verdienst er

durchaus gerecht wird, unhaltbar ist. Der Verbrecher ist keine typische Varietät des genus humanum. Bei dem Verbrechen walten dieselben morphologischen und psychologischen Unterschiede ob wie sonst. Psychologische spezifisch eigentümliche Charakteristika fehlen völlig.

Verf. veröffentlicht in den vorliegenden Aufsätzen eine ungemein reichhaltige und mit vollem Verständnis ausgesuchte Sammlung von Aufsätzen von 32 Gefangenen, teils Autobiographien und Selbstbekenntnisse, teils kriminalpsychologische Arbeiten (Ursache der Kriminalität, Schutzfürsorge, Strafvollzug). Da die Arbeiten uns nicht nur das Seelen- und Geistesleben der Sträflinge kennen lernen lassen, sondern auch einen Einblick in den Wert oder Unwert des reformbedürftigen heutigen Gefängnisystems gewähren, ist die Publikation auch von großer praktischer Bedeutung.

Pollitz, Einzelhaft und Geistesstörung. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1905, 15. November.

Auf Grund seiner eigenen Beobachtung hält Verf. die ursächliche Bedeutung der Einzelhaft für den Ausbruch von Psychosen für recht gering.

Wehmer, Praktische Erfahrungen bei Entmündigung Trunksüchtiger. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1905 Nr. 15.

Im Landespolizeibezirk Berlin wurden vom Jahre 1901 bis Ende 1904 im ganzen 32 Personen wegen Trunksucht entmündigt; wegen Geisteskrankheit bzw. Geistesschwäche wurden in demselben Zeitraum in demselben Bezirk über 700 Personen entmündigt.

Alleinstehende Personen werden selten wegen Trunksucht entmündigt (unter den obigen 32 waren 29 verheiratet); der Staatsanwalt sollte auch hier wie bei Psychosen das Recht haben, die Entmündigung zu beantragen.

Die Entmündigten standen meist in höherem Lebensalter, so daß man sich von einer prophylaktischen Wirkung der Entmündigung wenig versprechen kann. Die vielfach gegen die Entmündigung herrschenden Vorurteile erschweren den Entmündigten das gewerbliche Fortkommen ungemein; Trunksüchtige sollte man daher auch ohne Entmündigung zwangsweise auf die erforderliche Zeit in Anstalten zurückhalten können.

Auch Verf. hält eine regelmäßige ärztliche Nachprüfung der wegen Trunksucht zu Entmündigenden für erforderlich; die Nachprüfung der ärztlichen Atteste sollte sich auch auf diese Fälle ausdehnen.

Wenn auch die Entmündigung wegen Trunksucht mehr eine sicherheitspolizeiliche oder soziale als eine ärztlich-heilende Maßnahme darstellt, so ist sie doch als ein Fortschritt mit Dank zu begrüßen.

Groß, Hans, Hausarrest als Strafmittel. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg. 4. Heft.

Die kurzzeitigen Freiheitsstrafen sind namentlich in ihrer großen Ausdehnung ein Übel. Für ihren Ersatz durch Geldstrafen kann sich *Groß* ebensowenig erwärmen; es entstehen große Schwierigkeiten bei Bemessung, Eintreibung und Umwandlung der Geldstrafe; dann haftet ihr der weitere große Fehler an, daß der Zahlungsfähige durch sie weniger getroffen wird, und das untergräbt das Ansehen des Rechtes.

Als Ersatz für kurzzeitige Freiheitsstrafen empfiehlt Verfasser den Hausarrest, eine *Custodia honesta* unter bestimmten Voraussetzungen. Der Hausarrest soll keine besondere Art der Freiheitsstrafe sein, sondern als Umwandlung der Haft und nach möglichst freiem richterlichem Ermessen in Kraft treten. Die Nichtumwandlung der ganz kurzen Haftstrafen in Hausarrest soll die Regel, ihre Nichtanwendung im Urteile ausdrücklich motiviert sein. Bruch des Hausarrestes soll strengstens und schleunigst mit Verhaftung für die ganze ausgesprochene Strafe, nicht für den Rest der Strafe, geahndet werden.

Morel, Jules, Die psychologische Beschaffenheit der rückfälligen Verbrecher. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg. 4. Heft.

Verf. veröffentlicht in aller Kürze die Biographie von 47 rückfälligen Verbrechern im Alter von 19—30 Jahren und betont dabei besonders die mannigfachen Schädlichkeiten, die auf sie eingewirkt haben. Die Zahl derjenigen, die von Trinkern abstammen, ist ganz auffallend groß.

Da die Kriminalität am größten zwischen dem 18.—20. Lebensjahr ist, und die Entartung bei den Verbrechern eine sehr verbreitete Erscheinung ist, befürwortet er im großen Stile zu versuchen, die Verbrecher zu bessern oder nur unschädlich zu machen in einem von einem Irrenarzt zu leitenden medizinisch-pädagogischen Institute, einer Art vervollkommneter Schule von Elmira.

Herz, Hugo, Die Verbrechensbewegung in Österreich in den letzten 30 Jahren in ihrem Zusammenhange mit wirtschaftlichen Verhältnissen. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg., 5. Heft.

Die schwersten Verbrechen gegen das Leben und Eigentum nehmen ständig ab. Die leichteren Formen der Delikte nehmen nicht nur absolut, sondern auch relativ zu. Die Kriminalität verliert an Intensität und gewinnt an Extensität. An Stelle der Gewalt tritt die List. Die Eigentumsdelikte nehmen ab, die Körperverletzungen zu.

Verf. unterscheidet bei seiner Untersuchung Verbrechen aus Eigennutz oder Vermögensdelikte und Verbrechen aus Leidenschaft (Delikte gegen die Person, die Sittlichkeit und den Staat). Lebensmittelpreise äußern am stärksten ihren Einfluß auf die Verbrechen gegen das Vermögen. Die Höhepunkte der Lebensmittelpreisbewegung sind gleichzeitig die Höhepunkte der Diebstahlsfrequenz; die Kriminalität hinkt regelmäßig ein wenig nach. Bei den übrigen Vermögensdelikten zeigt sich nicht jener Parallelismus. Auch in Österreich zieht die Vermehrung der Lebhaftigkeit des Handelns und Wandeln eine Zunahme der Betrügereien nach sich; Österreich ist noch nicht völlig vom Agrarstaat emanzipiert und zeigt weniger Betrugsfrequenz als Deutschland.

Die wirtschaftlichen Faktoren beeinflussen die Delikte gegen die Person nur indirekt; in der Ätiologie spielt der Alkoholismus eine große Rolle, insbesondere Branntweingenuß. Mehrfach entspricht dem Sinken der Lebensmittelpreise eine Zunahme der Alkoholproduktion und der Roheitsdelikte und umgekehrt. Die Delikte gegen die Person zeigen die gleiche Bewegung wie die Verbrechen gegen die Staatsgewalt. Die Sittlichkeitsdelikte steigen konstant; wirtschaftliche Motive beeinflussen sie indirekt.

Mit *Seuffert* nimmt Verf. eine Zunahme der kriminellen Reizbarkeit in bezug auf die Verbrechen gegen die Person, die Sittlichkeit und den Staat an.

Industrielle Krisen vermehren die Verbrechen.

Kluge, O., Über die Behandlung und Unterbringung psychisch abnormer Fürsorgezöglinge. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg. 4. Heft.

Vortrag von der Dresdener Jahresversammlung der Deutschen Vereine für Psychiatrie. Vgl. diese Zeitschrift 1905 S. 576.

Roos, J. R. B. de, Aus der niederländischen Kriminalstatistik. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Juni 1905.

Während der Jahre 1896—1902 hat die Zahl der Verurteilungen wegen Verbrechen eine vorübergehende, nicht aufzuklärende Abnahme aufzuweisen. Die Zahl der Verurteilungen wegen Übertretungen nimmt zu dank der weiteren Entwicklung der Strafgesetzgebung, insbesondere dem neuen Schulpflichtgesetz. Die schwereren Strafen steigen im großen und ganzen allmählich. Die Zahl der Rückfälligen hat, abgesehen von einem Jahr, beständig zugenommen. Der Rückfall tritt um so schneller ein, je schwerer die letztvorausgegangenen Strafen waren.

Engelken, Hermann, Über die Versorgung der geisteskranken Verbrecher in England. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Juni 1905.

Kurze Wiedergabe der maßgebenden gesetzlichen Bestimmungen und anschauliche Schilderung des Baus und Betriebes der bekannten Anstalt Broadmoor nebst kritischen, die Vorzüge des englischen Systems hervorhebenden Bemerkungen.

Wulffen, Zur Kriminalpsychologie der Kinder. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Juni 1905.

Die Strafgesetzgebung berücksichtigt nicht die ethische Entwicklung der Unermwachsenen, die sich gegenüber der intellektuellen einer gewissen Selbstständigkeit erfreut. Aber das Kind begreift vielfach auch nicht den sozialen Gehalt der vom Gesetz geschützten Rechtsgüter: es fehlt ihm das soziale Verständnis. Ist schon beim normalen Kinde das ungezügelter Triebleben zu berücksichtigen, so gilt das noch mehr von den anormalen Kindern. Die Gefängnisstrafe bessert das Kind nicht, weil es den innersten Grund der Strafe nicht versteht. Sache der Erziehung in Schule und Haus wäre es, die ethischen Kräfte und das soziale Verständnis des Kindes zweckmäßiger und nachhaltiger zu wecken.

Muralt, L. von, Über Familienmord. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Mai 1905.

Mitteilung der psychiatrischen Beobachtung von vier Familienmördern, denen der Selbstmord mißglückt war; eine Täterin war geistig beschränkt, die anderen waren mehr oder weniger psychopathisch minderwertig.

Verf. gibt dann eine ansprechende Analyse des Familienmordes. Psychologisch ist es nicht Mord kombiniert mit Selbstmord, sondern ein komplizierter Selbstmord. Altruistische Motive leiten den Täter: er will die Familie vor weiterem Elend schützen. Die Psychologie des Familienmordes ist dieselbe wie die des Selbstmordes; er kommt bei Kranken und Gesunden vor, besonders bei psychopathisch Minderwertigen. Das Hauptmotiv beim Nichtgeisteskranken sind Kummer und Sorgen. Der Familienmörder ist strafrechtlich anders zu qualifizieren als der gemeine Mörder.

Leppmann, F., Die Sittlichkeitsverbrechen. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, XXIX. Heft 2, XXX. Heft 1.

Eine sehr interessante kriminalpsychologische Studie, die sich auf 90 Einzelbeobachtungen aufbaut. Mit guten Gründen beschränkt sich Verf. auf die wegen Notzucht an Erwachsenen (30 Fälle) oder wegen Notzucht mit Kindern (60 Fälle) Bestraften. Es kam ihm darauf an, zu erörtern, wie

die in Sittlichkeitsverbrechen Verfallenden seelisch geartet sind, unter welcher sozialen Bedingungen sie aufgewachsen sind und gelebt haben, sowie welche Gelegenheitsursachen zu der einzelnen verbrecherischen Handlung beigetragen haben.

Bei 25 Kinderschändern und 10 Notzüchtlern ist das Fehlen einer dem Durchschnittsmenschen zukommenden Widerstandsfähigkeit nachweisbar, bei 16 bzw. 9 dringend wahrscheinlich.

Eine vorzugsweise auf Kinder gerichtete angeborene oder vor der Reife erworbene sinnliche Neigung ist nicht anzunehmen. Geistesschwache stellen das größte Kontingent zu den Kinderschändern; sie sind besonders gefährdet zur Zeit des Eintritts der Geschlechtsreife. In die Beziehungen zwischen Geistesschwäche und Verbrechen schieben sich oft ein die Trunksucht und Onanie. Von den 20 Schwachsinnigen fiel einer unter § 51, vielleicht auch noch drei andere. Hierzu kommen die Déséquilibrés mit der großen sinnlichen Erregbarkeit und die großen Neurosen, besonders die Epilepsie (sechs Fälle). Es bestehen wenig Beziehungen zum Gewohnheitsverbrechertum.

Ähnlich ist die seelische Artung der Notzüchtler.

Zehn Kinderschänder und sieben Notzüchtler boten keine wesentlichen Abweichungen von der Norm.

Nur selten führt die seelische Veranlagung allein ohne Hilfsursachen zum Verfall in Sittlichkeitsverbrechen. Solche sind sozialer Natur (Wohnungseelend, Schlafburschenwesen, Arbeitslosigkeit), Mangel der Aufsicht über die Mädchen, Fehlen der geschlechtlichen Zurückhaltung bei ihnen, Tanzvergnügungen, Volksfeste, Trinksitten. Unter den Berufsarten überwiegen Lehrer, Geistliche, Ärzte, Kurfuscher. Vor der Überschätzung des Aberglaubens in seiner Bedeutung für die Entstehung der Sittlichkeitsverbrechen wird gewarnt: die größte Bedeutung kommt der Alkoholwirkung zu.

Die Rechtspflege wird der Eigenart der Sittlichkeitsverbrecher nicht gerecht, gleichgültig welche Auffassung man von dem Wesen und Zwecke der Strafe hat. Hinsichtlich der Sühne-Theorie wird der Grad der subjektiven Schuld nicht genau festgestellt; in vielen Fällen fand die notwendig gewesene psychiatrische Begutachtung nicht statt. Die Höhe der Strafe entsprach in anderen Fällen weder dem angerichteten Unheil noch der Höhe der persönlichen Schuld.

Soll die Strafe bessern oder abschrecken, so versagt sie bei den schwächlichsten Naturen und den Gewohnheitsverbrechern; für Sittlichkeitsverbrecher wäre besser anstrengende körperliche Arbeit im Freien.

Sittlichkeitsverbrecher neigen besonders zu psychischen Erkrankungen in der Haft. Die Gefahr der Infektion mit dem Verbrechertum ist nicht zu unterschätzen.

Noch weniger fühlt sich der befriedigt, der die Gesellschaft durch die Strafe schützen will, da es an Mitteln gegenüber den Unverbesserlichen fehlt. Dringend erwünscht erscheint eine Behandlung der geistig Minderwertigen nach den Vorschlägen der internationalen kriminalistischen Vereinigung.

Der Richter wie der Strafvollzugsbeamte muß noch mehr individualisieren; notwendig ist eine gründliche Schulung der Gefängnis- und Strafanstaltsärzte in der Kriminalpsychologie und Psychiatrie.

Der Arbeit sind kurze Protokolle über die verwerteten Fälle beigegeben.

Straßmann, F., Die verminderte Zurechnungsfähigkeit. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, XXX. Heft 1.

Verf. spricht sich gegen die kombinierte Anwendung von Strafe und Verwahrung aus; es gibt hier nur ein Entweder — Oder, und damit fällt die ganz spezifische Sonderstellung der verminderten Zurechnungsfähigkeit.

Die Zustände, die in das Gebiet der verminderten Zurechnungsfähigkeit eingereicht werden sollen, zerfallen in zwei Gruppen: in die leichteren und in die schwereren Grade geistiger Beeinträchtigung. Jene sind zurechnungsfähig, aber sie erfordern Reformen im Strafvollzug und allgemeine Änderungen im Strafgesetzbuch (grundsätzliche Einführung mildernder Umstände, bedingte Verurteilung u. a.); diese sind als unzurechnungsfähig zu begutachten und zu behandeln; und das wird mit § 51, auch in seinem jetzigen Wortlaut, möglich sein.

Läßt man die verminderte Zurechnungsfähigkeit fallen, so werden damit die Aussichten für das Zustandekommen der Reformen des Strafgesetzbuches gebessert.

Die Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthalts auf die Strafe ist eine natürliche Forderung der Gerechtigkeit.

Hinsichtlich der Behandlung der wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen schließt er sich den Vorschlägen der internationalen kriminalistischen Vereinigung an.

Grassl, Die „Trunksucht“ als Entmündigungsgrund. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin. Heft IV.

Die juristischen Definitionen der Trunksucht genügen nicht. Am besten definiert *Kräpelin*; nach ihm ist jeder als Trinker zu bezeichnen, bei dem der regelmäßige Alkoholgenuß derartig einwirkt, daß der Einfluß einer Dosis vor der Einnahme der nächsten Dosis noch nicht vergangen ist; damit wird auch der progressive Charakter der Trunksucht festgelegt.

Verf. legt sich als Sachverständiger folgende Fragen vor: Besteht ein subjektives Übermaß von Alkoholgenuß? Hat dieser Folgen, d. h. beeinträchtigt er die Geistestätigkeit in erkennbarer Weise, und sind diese Folgen chronischer Natur?

Natürlich muß die Trunksucht zum mindesten die prävalierende Ursache der Beeinträchtigung der Geschäftsfähigkeit, des drohenden Notstandes oder der Gemeingefährlichkeit sein.

Schorer, J. A., Wissenschaft und Rechtsprache. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin. Heft II—V.

Hirschfeld war seinerzeit wegen der bekannten Rundfrage zur Ermittlung der Zahl der Homosexuellen angeklagt und wegen Beleidigung zu einer Geldstrafe verurteilt. Verf. unterzieht das Urteil, das vielfach Aufsehen erregt hatte, einer scharfen abfälligen Kritik, da weder eine objektive noch eine subjektive Beleidigung nachgewiesen sei. Ebenso wenig sei ernstlich zu befürchten, daß jemand durch eine solche Anfrage zur Homosexualität geführt werde.

Freudenthal, Haftwirkungs-Enqueten. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Juni 1905.

Die Wirkung der Strafmaßregeln auf den Verbrecher, seinen Körper und Geist, muß erforscht werden, soll der Strafvollzug wirksam sein, d. h. den Rückfall verhüten und den endgültig Besserungsunfähigen unschädlich machen.

Einen Weg hat *Fritz Auer* in seiner vielgenannten Arbeit eingeschlagen in der Form der Selbstberichte der Entlassenen; aber so viele dankbare Anregungen, die Verf. durchaus anerkennt, wir diesem Vorgehen auch verdanken, es leidet an manchen Mängeln; vor allem kommt der Durchschnitt unseres Verbrechertums nicht zu Wort.

Verf. schlägt daher die Einrichtung von besonderen, aus Strafrechtstheoretikern und -praktikern sowie Fachmännern des Strafvollzugs zusammengesetzten Kommissionen vor, die den Gefangenen kurz vor seiner Entlassung nach vorheriger Einsichtnahme seiner Akten mündlich vernehmen; diese Berichte würden einer Zentralkommission zugehen, die den der Vernehmung zugrunde liegenden Fragebogen ausarbeitet.

Verf. läßt es unentschieden, ob sein oder *Auers* Verfahren oder ein dritter Weg vorzuziehen ist; seiner Ansicht von der Daseinsberechtigung von Haftwirkungs-enqueten wird man nur beistimmen können.

Leppmann, F., Über Strafvollzugsunfähigkeit. Ärztliche Sachverständigen Zeitung. 1905, Nr. 19.

Es fehlt an einer gesetzlichen Vorschrift, die besagt, wie mit dem während der Strafzeit in Geisteskrankheit Verfallenen zu verfahren ist. Im Einzelfalle wird die Frage der Strafvollzugsunfähigkeit infolge geistiger Störung nicht bloß ohne gerichtliche Entscheidung im Verwaltungswege von Bureau zu Bureau erledigt, sondern es fehlen selbst in den Verwaltungsvorschriften bindende Regeln für die zu berücksichtigenden Normen. Auch literarisch ist das Thema wenig eingehend behandelt.

Verf. hat sich daher die Frage vorgelegt, wie sich für das bestehende Recht die Voraussetzungen der Strafvollzugsunfähigkeit in eine kurze Definition zusammenfassen lassen.

Der oft gehörte Satz: Geistesranke gehören nicht in die Strafanstalt, reiche nicht aus; einmal ist der Begriff der Geisteskrankheit sehr dehnbar, und dann hat der Gutachter nicht nur die klinische Diagnose zu stellen, sondern auch jedesmal die praktische Nutzenanwendung darzutun. Gerade die zweifelhaften Fälle sind eine große Last für den Strafvollzug und erfordern unendlich viel Arbeit. Wird der Kranke einer Irrenanstalt übergeben, besteht die Gefahr, daß seitens der Irrenanstaltsleiter im Gegensatz zu den Strafanstaltsärzten Strafvollzugsunfähigkeit als vorhanden angenommen wird; auch hält Verf. die Verwahrung derartiger Elemente in einer öffentlichen Irrenanstalt für nicht sicher genug.

Verf. geht von der Definition aus, die *Krohne* in seinem Lehrbuche der Gefängniskunde von der Strafvollzugsunfähigkeit gegeben hat, und unterscheidet mit ihm eine relative und absolute.

Strafvollzugsunfähig ist derjenige, welcher infolge krankhafter Störung der Geistestätigkeit die Ordnung der Strafanstalt dauernd und erheblich stört; deren Zahl kann bei verständiger Ausnutzung der in den Strafanstalten gegebenen Möglichkeiten eingeschränkt werden. Ferner ist derjenige strafvollzugsunfähig, der aus dem gleichen Grunde kein Verständnis für seine Strafe und deren Vollstreckung besitzt.

Hellwig, Albert, Ein moderner Hexenprozeß. *H. Groß' Archiv*, 19. Band, 3. und 4. Heft.

Ein Hexenprozeß im 20. Jahrhundert und mitten in Deutschland ist sicher etwas Ungewöhnliches. Die vermeintliche Hexe strengte eine Beleidigungsklage gegen zwei Frauenzimmer an, die ein derartiges Gerücht verbreitet und sie dadurch zu einer Ortsveränderung gezwungen hatten. Die beiden Frauenzimmer waren in ihrer schon vorher vorhandenen Ansicht dadurch bestärkt, daß die Hexe das Kind der einen Frau durch Berühren krank gemacht habe.

Hellwig, Albert, Diebstahl aus Aberglauben. *H. Groß' Archiv*, 19. Band, 3. und 4. Heft.

Verf. führt verschiedene einschlägige Beispiele an. Ihnen gemeinsam ist, daß der Zweck, für den gestohlen wird, ein ungewöhnlicher, nicht alltäglicher ist. Verf. nimmt nun an, daß der Täter sich von dem Gedanken leiten läßt, was zu einem ungewöhnlichen Ziele verhelfen solle, müsse auch selber etwas Ungewöhnliches sein.

Schwabe, E., Die Aufgaben der Medizinalbeamten in bezug auf die Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und Idioten. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. Nr. 9.

Verf. erörtert zunächst, wie der Medizinalbeamte, dem nach §§ 104 und 105 der Dienstanweisung für Kreisärzte die Fürsorge für Geisteskranke usw. zufällt, über die in seinem Kreise vorhandenen Kranken informiert werden kann. Dringend wünscht er ein innigeres Zusammenarbeiten mit den Irren- und Fürsorgeanstalten, dann mit den Militärbehörden hinsichtlich der wegen geistiger Defekte als dienstuntauglich Entlassenen, sowie eine bessere Überwachung der Entmündigten.

Die Fürsorge selbst kann verschiedener Natur sein. Entweder überweist der Medizinalbeamte den Kranken der Anstalt oder sorgt für angemessene häusliche Pflege oder begnügt sich mit der von Fall zu Fall natürlich sich ändernden Überwachung. Des genaueren beschäftigt er sich mit dem heute oft angewandten Begriff der Gemeingefährlichkeit, für dessen scharfe Umgrenzung er berechtigterweise sehr energisch eintritt; er empfiehlt, ihn durch das Wort „Gefährlichkeit“ zu ersetzen.

Koppe, Fritz, Gutachten über die Zeugnisfähigkeit einer Schwachsinnigen. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. 1905. Nr. 15.

Der an hochgradigem angeborenem Schwachsinn leidende Kranke war der einzige Belastungszeuge. Da er aber bei der psychiatrischen Untersuchung sich als sehr suggestibel erwies und auf Wunsch des Gutachters bald dies, bald jenes über die strafbare Handlung zu berichten wußte, wurde das Verfahren entsprechend dem ärztlichen Gutachten eingestellt.

Mit Recht fordert Verf., daß in einem Falle wie dem vorliegenden, wo die Zeugnisfähigkeit schon bei der ersten Vernehmung zweifelhaft erschien, ein Psychiater möglichst bald mit der psychiatrischen Begutachtung der Zeugen betraut werden soll.

Ungar, E., Bedenken gegen die übliche Protokollierung. Deutsche Juristenzeitung. Jahrg. X. Heft Nr. 22.

Wiedergabe des in Bonn auf der Versammlung der Irrenärzte der Rheinprovinz am 17. Juni gehaltenen Vortrags; vgl. diese Zeitschrift 1905 S. 873.

Kurz, E., Zur Prophylaxe der Roheitsdelikte. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. II. Bd. 1. Heft.

Auf die Sonntage fällt 45% aller Körperverletzungen, auf die Festtage 11,2%; der Montag ist mit 16,3% beteiligt. Aber auch die anderen Delikte stehen zum Teil unter dem Zeichen des Alkohols. Wie sollte sonst auf

207 Einwohner (Frauen und Kinder eingerechnet) eine Wirtschaft in einem Landbezirk bestehen können? 43 der Raufereien spielten sich in einem Wirtshause oder in dessen Nähe ab.

Bei Elimination des Alkohols würden wir weniger Delikte haben. Alkoholmißbrauch und Roheitsdelikte sind aber die pathologischen Symptome einer tieferen Grundkrankheit, die Produkte der Genesis, der sozialen Verhältnisse und der geistigen Entwicklung unserer Jugend. Anschaulich schildert Verf. den Werdegang eines solchen Individuums.

Die kausale Therapie spielt die Hauptrolle; sie zerfällt in eine sozial-reformatorische, rassenhygienische und sozialpädagogische. Gerade diese letztere wird eingehender besprochen (Überwachung der häuslichen Erziehung durch Erziehungsausschüsse, frühzeitige Einleitung der Fürsorgeerziehung, Betonung der ethischen Erziehung in der Volksschule, Ausgestaltung des Fortbildungsunterrichts, Überwachung der Arbeit, Verbot des Wirtshausbesuchs, Entziehung der freien Verfügung über den Lohn, Einstellung ins Heer mit 20 Jahren, falls der Betreffende nicht völliger geistiger oder körperlicher Krüppel ist).

Wyler, Markus, Die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. 1905. Nr. 3—11.

Verf. entscheidet sich für die Regelung der staatlichen Irrenfürsorge durch ein Gesetz, nicht auf dem Wege der Verordnungen; das Gesetz muß materiellrechtlicher und prozeßrechtlicher Natur sein. Will man das Gesetz nicht nach der formalen, sondern nach der materiellen Seite charakterisieren, so lassen sich drei Gruppen von Bestimmungen unterscheiden, je nachdem ob nur die Fürsorge für die Kranken oder der Schutz gegen widerrechtliche Unterbringung oder beides zusammen berücksichtigt wird.

Der zweite Teil der Arbeit, die eine eingehende Kenntnis der einschlägigen Literatur und Bestimmungen der verschiedenen Länder erkennen läßt, bespricht die Fürsorge für Geisteskranke, soweit sie möglicherweise und tatsächlich ausgedehnt wird. Eine besondere Besprechung wird der Fürsorge armer Geisteskranker zuteil. Auch Verf. leugnet einen Zusammenhang zwischen Irrenfürsorge und Handlungsfähigkeit.

Mittermaier, Wolfgang, Zur Frage der Schwurgerichte. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. II. Bd. 1. Heft.

Gegenüber der fast allgemeinen Mißachtung, deren sich das Institut der Schwurgerichte in Juristenkreisen erfreut, tritt Verf. für diese Einrichtung ein. Die Mitwirkung von Laien ermöglicht die Berücksichtigung der Anschauung des Volkes von Schuld und Vergeltung im Strafrecht. Rechtsverständnis soll ins Volk getragen werden. Niemand soll verurteilt werden,

von dessen Schuld nicht auch der ungelehrte Bürger überzeugt werden kann. Das Volk verlangt mit Recht Anteil an der Regierung. Auch der Geschworene vermag in den Verhandlungen aufzumerken und das Beobachtete zu erfassen.

Mängel hat das Schwurgericht zweifellos, aber sie sind nicht derart, daß sie nicht verbessert werden können. Das Material, aus dem die Geschworenen sich zusammensetzen, läßt sich verbessern; ebenso kann man sie mehr aktiv an der Verhandlung teilnehmen lassen. Andere Mängel (Unhaltbarkeit der Abtrennung der Schuldfrage, die Fragenstellung mit der Rechtsbelehrung, die Hilflosigkeit in der Beratung, die Unkontrollierbarkeit des Verdikts) lassen sich, wenn auch weniger leicht, beseitigen. So werden die Geschworenen den Schöffen ähnlich, sind aber nicht wie diese unselbstständig. Auch „die übergroße Zahl von Freisprechungen“ der Schwurgerichte darf man nicht zu deren Nachteil verwerten.

Wollenberg, R., Die forensisch-psychiatrische Bedeutung der Menstruationsvorgänge. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Kriminalistik. II. Bd. 1. Heft.

Verf. bespricht die einzelnen psychischen Störungen, die im Zusammenhang mit der Menstruation auftreten, von den schwereren zu den leichteren übergehend, und erörtert dann die forensische Bedeutung, einmal hinsichtlich der Zurechnungsfähigkeit, und dann bezüglich der Zeugnisfähigkeit.

Wichtiger und schwerer zu beurteilen sind die leichteren Störungen.

Am interessantesten sind des Verf.s Mitteilungen über experimentelle Untersuchungen, die an dem weiblichen Personal der Klinik angestellt wurden und die die Beeinflussung einfachster geistiger Leistungen sowie der Aufnahme und Wiedergabe einfacher Vorgänge durch die Menstruation ermitteln sollten. Dabei ergab sich kein Anhalt für die von *Groß* vermutete Annahme, als ob ein während der Menstruation aufgefaßter Vorgang ungenauer wiedergegeben wird, als ein außerhalb der Menstruation beobachteter. Größere Schädigung der Auffassungs- und Reproduktionstreue werden durch die Menstruation somit nicht notwendig bedingt.

Die forensische Bedeutung der Menstruationsvorgänge ist nicht generell, sondern nur von Fall zu Fall zu beurteilen.

Bleuler, Die psychologischen Kriterien der Zurechnungsfähigkeit. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Bd. 10. Heft.

Während der Vorentwurf des schweizerischen Strafrechts nur von „geisteskrank“, „blödsinnig“, oder „bewußtlos“ sprach, ist mit Zustimmung von *Stoof* eine Änderung eingetreten, die die Worte „außerstande, vernunftgemäß zu handeln“ einführt. Mit den übrigen schweizerischen Psychiatern lehnt Verf. die neue Fassung ab und begründet kurz und treffend seinen

Standpunkt. Der Begriff der Geisteskrankheit ist viel bestimmter als der einer psychologischen Definition, die doch nie der Gesamtpersönlichkeit gerecht wird. Die neue Fassung wird ganz verschieden ausgelegt, je nach dem Begriffe von Zurechnungsfähigkeit, den sich der Sachverständige gemacht hat. In der Tat kümmert sich auch der Gutachter kaum um die psychologische Definition des Strafgesetzbuches, wie das Verf. überzeugend unter Heranziehung der verschiedenen Krankheitsformen dartut. Dann aber versagen Kriterien völlig bei den Übergangszuständen, und die kann und darf man nicht ignorieren.

Der Ausdruck „bewußtlos“ ist unklar und zu beseitigen durch: „im Bewußtsein (erheblich) gestört“, „in einem (erheblich) abnormen oder getübten Bewußtseinszustand“ oder dergleichen.

Wilmanns, Karl, Das Landstreichertum, seine Abhilfe und Bekämpfung. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Bd. 10. Heft.

Ausführliche Wiedergabe des 1904 auf der Freiburger Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte gehaltenen Vortrags; vgl. diese Zeitschrift 1905 S. 200.

Mönkemöller, Die akuten Gefängnispsychosen und ihre praktische Bedeutung. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Bd. 11. Heft.

Verf. hat das Material der Osnabrücker Anstalt aus 35 Jahren (73 Männer, 42 Frauen) verwertet; die ungeheure Zunahme von Aufnahmen im letzten Lastrum beweist das zunehmende Verständnis für im Gefängnis ausbrechende Psychosen. Weder lange Freiheitsstrafen noch Leidenschaftsverbrecher stellen größeres Kontingent. Katatonische Krankheitsformen finden sich oft. Auch selbst bei vorhandener Disposition ist nicht immer die Haft die einzige Ursache. 19 Männer und 17 Frauen waren trotz Unzurechnungsfähigkeit verurteilt. Die Psychose brach vorwiegend in der ersten Zeit der Detention aus.

Verf. bespricht dann eingehender die in der Untersuchungshaft ausgebrochenen Psychosen, besonders den leicht falsch beurteilten *Ganserschen* Symptomenkomplex. Die Überführung gemeingefährlicher Kranker in eine Irrenanstalt zeitigt viele Inkonsequenzen. Die Erkenntnis der akuten Gefängnispsychosen wird erschwert durch das Auftreten physiologischer Depressionen und durch die Simulationsriecherei; viele Störungen entziehen sich leicht der Feststellung. Anschaulich werden die mannigfachen Schicksale geschildert, die den ins Irrenhaus Übergeführten erwarten, je nachdem ob er bald geheilt ist oder nicht, ob er aus der Haft entlassen wird oder nicht, ob er in der Anstalt verbleibt oder wieder ins Gefängnis zurückkehrt oder in die Freiheit kommt, um vielleicht wieder rückfällig zu werden. Die Aufhebung der Strafvollstreckung hat große Schattenseiten.

Größere Ausbildung in der Psychiatrie tut den Gefängnisärzten not, und diese sollten nicht im Nebenamte angestellt werden. Das Aufseherpersonal muß unterwiesen werden. Für die akuten Psychosen leisten Adnexe an Strafanstalten das meiste. Besondere Beachtung verdienen noch in der inhaltsreichen Arbeit die Bemerkungen zum Wiederaufnahmeverfahren.

Sichart, von, Gedanken eines Verteidigers der Zweckstrafe über Zurechnungsfähigkeit. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Bd. 11. Heft.

Verf. wendet sich u. a. gegen den Relativsatz des § 51, der zur freien Willensbestimmung Stellung nimmt; kann dieser einschränkende Beisatz nicht fallen, so ist es besser ihn zu ersetzen durch die Fassung: „als deren (d. h. Geisteskrankheit) Folge die begangene Handlung zu betrachten ist“. Einer zutreffenden Anschauung des Gesetzgebers vom wahren Wesen und wirklichen Zweck der Strafe würde entsprechen die Hinzufügung einer Bestimmung, nach der gegen den unter § 51 StGB. Fallenden bei Gemeingefährlichkeit nach Maßgabe der landesgesetzlichen Vorschriften die zur Heilung und Beaufsichtigung gerichteten Maßregeln ergriffen werden sollen. Verf. teilt die Bestimmungen für die Gefangenenirrenanstalt auf Hohenasperg, welche 1905 eröffnet ist, ausführlich mit; er verspricht sich von ihnen eine Beseitigung der andernorts beobachteten Mißstände an Irrenstationen als Adnexen von Strafanstalten.

Dann vermißt Verf. eine Bestimmung, nach der bei Vollstreckung von Freiheitsstrafen ebenso wie auf die körperlichen auch auf die geistigen Zustände und Bedürfnisse der Gefangenen Rücksicht zu nehmen ist. Eine solche Vorschrift würde von selbst zur Schaffung von besonderen Abteilungen oder Anstalten für gemindert Zurechnungsfähige führen. Eine ähnliche Einrichtung besitzt Württemberg seit 1888 in der Invalidenstrafanstalt auf Hohenasperg, die ebenfalls eine Nebenanstalt des Zuchthauses Ludwigsburg ist. Das Maß der Strafe muß natürlich nicht von der Schuld, sondern von der Gefährlichkeit des Verbrechens abhängen.

Mohr, Fr., Willensfreiheit und Psychopathologie. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Bd. 12. Heft.

Verf. führt in überzeugender Weise und unter Verwertung der verschiedenen Krankheitsformen aus, daß die Erscheinungen der Psychopathologie sowohl bei verstandesmäßiger wie gefühlsmäßiger Betrachtung für eine allgemeine und unbedingte Geltung einer psychischen Kausalität sprechen, daß andere Auffassungen demgegenüber kaum in Betracht kommen. Es bestehen fließende Übergänge zwischen pathologischen und physiologischen Zuständen: jene bieten oft Analogien für diese. So läßt sich auch auf dem Umwege der Psychiatrie die Richtigkeit und Berechtigung des Determinismus erweisen.

Treu, Max, Pensum und Zwangsarbeit in den Strafanstalten.
Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform.
1. Bd. 12. Heft.

Die Selbstbeschäftigung der Gefangenen ist dann immer zuzulassen, wenn die Gewähr geboten ist, daß der Gefangene sich nützlich und fruchtbringend beschäftigt; in allen anderen Fällen bleibe es bei der Zwangsarbeit, aber mit Beseitigung des Pensums wegen der damit verbundenen Bedenken und Gefahren.

Högel, Die deutsche Rückfallsstatistik. H. Groß' Archiv, 19. Band,
1. u. 2. Heft.

Die Verurteilungen wegen Verbrechen und Vergehen gegen Reichsgesetze haben von 1882—1901 erheblich zugenommen. Unter den Strafmündigen ist die Zahl der Verurteilungen wegen Gewalttaten bedeutend gewachsen, die Zahl der Verurteilungen wegen Eigentumsvergehen etwas gesunken.

Die Zahl der verurteilten Unbestraften sinkt während des genannten Zeitraums im Verhältnis zur Bevölkerung, die Zahl der verurteilten Vorbestraften steigt; letzteres gilt insbesondere hinsichtlich der Körperverletzung. Innerhalb dreieinhalb Jahren wurden im allgemeinen von den bisher unbestraften Erstverurteilten nur 12,9% neuerdings verurteilt, von den bedingt Begnadigten wurden 20% wieder straffällig. Dasselbe trifft auch hinsichtlich Belgiens zu. Verf. kann sich den Ausführungen der amtlichen Statistik, die dieses Resultat sehr vorsichtig deutet, nicht anschließen, glaubt vielmehr, daß das sog. Damoklesschwert den Rückfall begünstigt. Hinsichtlich der weiteren Details sei auf das Original verwiesen.

Eller, Fritz, Ein Vorlagebuch für Tätowierungen. H. Groß' Archiv, 19. Band, 1. u. 2. Heft.

Das auch bildlich wiedergegebene Buch, das man bei einem Tätowierkünstler nebst zugehörigem Instrumentarium fand, beweist aufs deutlichste, daß viele Tätowierungen einfach nach Muster angefertigt werden.

Groß, Hans, Zur psychologischen Tatbestandsdiagnostik. H. Groß' Archiv, 19. Band, 1. u. 2. Heft.

Angeregt durch die Arbeit zweier seiner Schüler (*Max Wertheimer* und *Julius Klein*) prüfte Verf. in einem Versuche die Bedeutung der Assoziationsmethode für die Erkennung der Schuld oder Unschuld eines Angeklagten.

Der Versuch bestand darin, daß von sieben Personen nur eine ein bestimmtes Zimmer gesehen hatte. In der Tat aber war zweien der Versuchspersonen das Zimmer gezeigt worden, was dem Experimentator aber nicht bekannt war. Die Art der Assoziationen und das Gebahren der Versuchs-

personen ermöglichte es aber dem Experimentator, die zwei Personen richtig zu erkennen. Keine der unbefangenen Personen reagierte so, daß man auch nur entfernt auf ein „Kennen des Tatbestandes“ hätte schließen können.

Matthaei, Erweiterung des Strafregisters. H. Groß' Archiv, 18. Band, 4. Heft.

Soll das Strafregister ein Mittel sein, den Angeklagten kennen zu lernen, so muß einer Sammelstelle von kompetenter Seite alles mitgeteilt werden, was strafrechtlich interessantes über den einzelnen Menschen ermittelt wird.

Behörden und Anstalten, die die Geisteskrankheit oder Alkoholismus einer Person ermitteln, sollen dies der Registerbehörde mitteilen: nicht nur im Falle einer Anklage, sondern auch in dem der Vernehmung als Zeuge ist diese Kenntnis von Wichtigkeit.

Jedes Strafverfahren, auch wenn es nicht zu einer Verurteilung führt, soll angezeigt werden, vielleicht außer solchen wegen Übertretung polizeilicher Ordnungsvorschriften; es können die durch die Polizeibehörden geführten Personalakten verwertet werden.

Die dagegen zu erhebenden Einwände kommen nicht in Betracht gegenüber der dadurch gesicherten möglichst gründlichen und gerechten Beurteilung.

Herz, Hugo, Die Kriminalität des Weibes nach den Ergebnissen der neueren österreichischen Statistik. H. Groß' Archiv, 18. Band, 4. Heft.

Das weibliche Geschlecht ist am stärksten beteiligt bei den Verbrechen gegen das Kindesleben; selten sind Körperverletzung und Sachbeschädigung (Alkoholismus!); Vermögensverbrechen spielen nur insofern eine Rolle, als die List in Betracht kommt. Die Zahl der weiblichen Verurteilten ist geringer und nimmt ständig ab. Die weibliche Kriminalität steigt in der Jugend rascher an und sinkt nachher gleichmäßiger und langsamer als die männliche. Die Verehelichten liefern im allgemeinen das geringste Prozent der Verbrechen. Die Kriminalität der erwerbstätigen Frauen ist größer als die der nicht erwerbenden Frauen. Trotz zunehmender Erwerbstätigkeit der Frau hat die Ziffer der weiblichen Verurteilten nicht zugenommen: freilich nimmt so das jugendliche Verbrechen zu. Die weibliche und männliche Kriminalität in der Landwirtschaft ist gleich groß. Die Prostitution ist vom subjektiven Standpunkte aus eine der gefährlichsten Formen der Arbeitsscheu mit allen charakteristischen Merkmalen des Delikts. Kaum 1 1/2 % der ledigen Frauenspersonen sind in den österreichischen Großstädten Prostituierte. Die Zahl der verurteilten Frauen und Prostituierten (für das ganze Österreich approximativ 80000) macht nicht einmal die Hälfte der männlichen Delinquenten aus.

Schweickert, Hans, Kriminalcharakterologische Studien. H. Groß' Archiv, 18. Band, 2. u. 3. Heft.

Verf. will mit seinen Abhandlungen kriminalcharakterologische Eigentümlichkeiten des Publikums, der durch das Verbrechen Geschädigten und Bedrohten und anderer beleuchten. Das Verhalten des Publikums vor, während und nach der Tat gibt Anhaltspunkte bei Beurteilung und Abmessung der Schuldfrage, des Motivs und der Entwicklung einer Verbrechenshandlung, sowie der Ursachen der Erhöhung der Kriminalität.

Zunächst befaßt sich Verf. mit den Neugierigen, erörtert, wer neugierig ist, beschreibt die verschiedenen Typen der Neugierigen und bespricht dann die Bewertung des Neugierigen in seiner Eigenschaft als Zeuge. Er kommt zu dem Ergebnis, daß die Neugierde subjektiv und objektiv dem Wesen und dem Grade nach sehr verschieden ist, und die Wahrnehmungs- und Merkfähigkeit sowie die Aussagebereitschaft stark beeinflußt. Sie wirkt ungünstig auf eine bequeme und exakte Durchführung eines Strafverfahrens. Die Kenntnis und Prüfung der die Neugierde beeinflussenden Faktoren ermöglicht eine zutreffende Bewertung der Zeugenaussagen.

In einem zweiten Aufsatz erörtert er, wie der Leichtsinnsinn und die Leichtgläubigkeit des Publikums die Kriminalität geradezu fördern, so daß es fast berechtigt wäre zu fordern, daß auch dieses einen Teil der Verantwortung trägt zur erfolgreichen Bekämpfung des Verbrechens. Verf. fügt eine interessante, aber auch wahrhaft erschreckende Kasuistik an. Leider hat er nur zu sehr recht, wenn er die Kasuistik mit dem Kurpfuschertum beginnt; gleich nachher kommt der berühmte sog. spanische Schatzschwindel.

Krause, Anti-Alkoholismus — Blaues Kreuz — Religiöser Wahnsinn. Eine zeitgemäße Betrachtung aus Strasburg (W.-Pr.). Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin.

An der Hand eigener Erfahrungen macht Verf. aufmerksam auf das Gefährliche der frömmelnden und zelotischen Richtung, die das Blaue Kreuz in der Bekämpfung des Alkoholismus einschlägt; in einem ausführlicher mitgeteilten Falle erwies sich die Anstaltsverbringung als notwendig.

Pick, A., Zur Psychologie des Vergessens bei Geistes- und Nervenkranken. H. Groß' Archiv, 18. Band, 2. u. 3. Heft.

Freud hat unlängst darauf hingewiesen, daß das Nichterinnern auch darauf beruhen kann, daß der Kranke absichtlich, aber nicht bewußt absichtlich, unter dem Einfluß seiner Vorstellungen die wirklichen Vorgänge vergißt, und zwar diejenigen, die seinem ganzen Gedankengange widersprechen. Wir finden dies bei Hysterie, insbesondere auch bei dem sog. *Ganserschen* Symptom, dann aber auch bei Querulanten.

In anderen Fällen löscht der unbewußte Gefühlsfaktor nicht aus, sondern modifiziert in eigentümlicher Weise das Erinnernte; der Kranke leugnet nicht nur die von ihm selbst begangenen Handlungen, sondern behauptet, sie seien ihm von einem Dritten zugefügt. Verf. führt als Beleg hierzu eine sehr interessante eigene Beobachtung an, die einen Fall von seniler Geisteschwäche betraf.

Rodenwaldt, Ernst, Zur Methode der Intelligenzprüfung. H. Groß' Archiv, 18. Band, 2. u. 3. Heft.

Verf. hat sich bereits bekannt gemacht durch eine höchst lesenswerte Arbeit, die das geistige Inventar bei dem gesamten Ersatze eines Kavallerieregiments ermittelte. Wenngleich er bei diesen Untersuchungen fand, daß die Kenntnisprüfung einen Schluß auf die Intelligenz zuläßt, schien ihm doch eine besondere Methode der Intelligenzprüfung notwendig. Solche hatte zu prüfen die Bedingungen des Erkennens (Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit), den Vorstellungsschatz und die Erkenntnis seines Sinnes und Grundes und schließlich die Fähigkeit, mit Begriffen zweckmäßig zu arbeiten. Gleichungen, Rätsel, sog. Reinfallfragen sind wenig geeignete Prüfungsobjekte; er verspricht sich aber Erfolge von der Verwertung des Lachens als einer Reaktion auf einen Witz zur Prüfung der Bedingungen des Erkennens und Begreifens.

Hinsichtlich der interessanten Details sei auf die Originalarbeit hingewiesen, der ein Prüfungsschema angegliedert ist.

Racine, Aus der gerichtsärztlichen Praxis. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Januar.

Mitteilung zweier interessanter Fälle.

In dem ersten Fall war durch Fall auf den Hinterkopf bei intakter Schädelkapsel ein Aneurysma der Arteria meningea media eingetreten, das den Tod zur Folge hatte.

In dem anderen Falle war nach einem Messerstich in die linke Halsseite ein Aneurysma arterio-venosum der Carotis communis und Jugularis interna entstanden, welches später auf operativem Wege mit Erfolg beseitigt wurde. Am Tage nach der Verletzung völlig sprachlos; die Untersuchung ergab eine motorische Aphasie, einen Verlust der Sprache im Sinne des § 224 StGB. Verf. schließt hysterische Lähmung und Schrecklähmung aus und hält es für das wahrscheinlichste, daß bei der Stichverletzung ein kleines Blutgerinnsel in die Arteria fossae Sylvii gelangt ist und den zur Brocaschen Stelle gehörigen Ast verstopft hat.

Wende, Beitrag zur Kasuistik der Seelenstörungen im Sekundärstadium der erworbenen Syphilis in Form eines motivierten Gutachtens. Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medizin. Januar. Kasuistische Mitteilung.

Braune, Fall von konträrer Sexualempfindung. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Suppl.

Der Angeschuldigte, ein Offizier, war angeklagt der Achtungsverletzung, Beleidigung der militärischen Wache und Erregung öffentlichen Ärgernisses durch Vornahme unzüchtiger Handlungen; zu 17 Monaten Gefängnis und Dienstentlassung verurteilt, da der ärztliche Gutachter nur eine auf erblicher Belastung und langjähriger Onanie beruhende Neurasthenie fand, welche aber seine Zurechnungsfähigkeit nicht aufhob. In der Berufungsinstanz blieb der Sachverständige bei seinem früheren Gutachten; erneute erfolgreiche Berufung. In diesem Verfahren wurde die früher abgelehnte Anstaltsbeobachtung angeordnet. Auch hier wurde eine hochgradige Neurasthenie ermittelt; außerdem konträre Sexualempfindung mit früh erwachendem und abnorm starkem Geschlechtstrieb; Sonderling; menschenscheues, ängstliches Wesen bei übertriebener Gewissenhaftigkeit und Peinlichkeit im Dienste; mehrmalige Ohnmachtsanfälle. Interessant sind die sog. Bilder; darunter versteht der Angeschuldigte gewisse Vorstellungen, die sich ihm mit plastischer Deutlichkeit aufdrängen und ihn sexuell befriedigen, aber auch nur durch Verkehr oder Beziehungen zu Männern. Er wurde oft gezwungen, diese Situationen nachzuahmen. Die Straftaten wurden als Äußerungen einer abnormen Triebrichtung aufgefaßt. Entsprechend dem ärztlichen Gutachten Freisprechung.

Edel, Max, Sind Ärzte als Inhaber von Privatkrankenanstalten verpflichtet, ihre Firma in das Handelsregister eintragen zu lassen? Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1905. Nr. 5.

Verf. berichtet über einen von ihm geführten Rechtsstreit und teilt den obige Frage verneinenden Beschluß des Kammergerichts mit; der Artikel verdient auch um deswillen gelesen zu werden, weil er andere einschlägige Gerichtsentscheidungen mitteilt und diese kritisch beleuchtet.

Leppmann, F., Alkoholismus und Ehescheidung. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. Nr. 1.

L. unterwirft die heute geübte Rechtspraxis der Ehescheidung wegen Alkoholismus einer scharfen Kritik. Wie sehr sie berechtigt ist, erhellt aus einer das Wesen der Trunksucht verkennenden Entscheidung des Reichsgerichts, die besagt: „Selbstverständlich kann der infolge der Trunksucht bei dem Trunksüchtigen eingetretene, also von ihm verschuldete krankhafte Zustand desselben zu seiner Entlastung bei einer damit in Zusammenhang stehenden Verfehlung im Sinne des § 1568 des BGB. nicht verwertet werden.“ § 1569 wird nur recht selten Anwendung finden können.

Es bedarf daher einer besonderen Bestimmung. Für diesen neuen Gesetzesparagrafen schlägt Verf. die Fassung vor: Ein Ehegatte kann auf

Scheidung klagen, wenn durch Trunkfälligkeit oder Trunksucht des anderen Ehegatten eine so tiefe Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses bewirkt ist, daß dem Ehegatten die Fortsetzung der Ehe nicht zugemutet werden kann.

Strassmann, Fritz, Alkoholismus und Ehescheidung. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. Nr. 4.

Verf. weist unter Bezugnahme auf den mit dem gleichen Titel versehenen Aufsatz von *Leppmann* darauf hin, daß unter Umständen der § 1333 BGB. herangezogen werden kann; das die Anfechtung der Ehe begründende Moment ist dann die krankhafte Anlage des zur Trunksucht neigenden Ehegatten. Verf. bezieht sich auf einen ausführlicher von ihm mitgeteilten Fall, in welchem er die Fragen zu beantworten hatte: Besteht bei dem Beklagten eine Degeneration, ist er infolgedessen so willensschwach, daß er sich dem Trunke und sexuellen Ausschreitungen dauernd und auf eigener Kraft nicht zu entziehen vermag? War dieser Zustand bereits vor der Eheschließung vorhanden?

Kompe, Idiotismus und Imbezillität in strafrechtlicher Beziehung (Schluß). Friedreichs Blätter. Heft I.

Kurze Übersicht über die Lehre von der sog. moral insanity und Besprechung der sexuellen Perversitäten.

Finckh, J., Über einen forensisch interessanten Fall hochgradigen Schwachsinn, nebst Bemerkungen zur Prüfung der Intelligenz. Friedreichs Blätter. Heft II—III.

Der 16jährige Knabe war angeschuldigt, seinen vierjährigen Neffen ermordet zu haben. Allgemeiner Schwachsinn, besonders nach der ethischen Seite. Der Vater erkrankte nach einem Trauma an einer periodischen, mit Depression, psychomotorischer Hemmung und Sinnestäuschung einhergehenden zur Heilung führenden Psychose; die vor deren Ausbruch gezeugten Kinder waren gesund, die späteren schlugen aus der Art.

Er bespricht dann die Methode der Intelligenzprüfung und weist besonders auf die Bedenken hin, die der Verwertung der sog. „Fabelmethode“ inhaltlich wie formal anhaften. Die Deutung und Erklärung eines Sprüchwortes empfiehlt sich mehr, um einen Begriff über den Grad der Urteilskraft zu gewinnen. Verf. ordnete eine Reihe von ca. 140 Sprüchwörtern nach der Schwere, sie zu verstehen, in einer aufsteigenden Skala, und vom leichteren zum schwereren vorgehend, gewinnt er ein Bild von der Höhe der Urteilsfähigkeit der Exploranden. Die so erzielten Resultate entsprachen mehr der wirklichen Intelligenz als die Ergebnisse bei der Anwendung der Fabelmethode. Die Sprüchwörtermethode soll die Möllersche Fabelmethode nicht verdrängen, sondern nur ergänzen.

Oberndörfer, S., Dr. med. und Steinharter, S., Dr. jur., Die posthypnotischen Aufträge in ihrer psychiatrischen und juristischen Bedeutung (Fortsetzung und Schluß). Friedreichs Blätter. Heft I—III.

Der vorliegende Teil behandelt die juristische Seite der posthypnotischen Aufträge und berücksichtigt naturgemäß einmal den Hypnotiseur und dann die in der Posthypnose ausgeführten Handlungen.

Was den Hypnotiseur angeht, so wird auf ihn wegen des Fehlens von dolus weniger § 223 als § 230 StGB. anwendbar sein; das würde insbesondere den berufsmäßigen Laienhypnotiseuren gegenüber besonders erwünscht sein. Bei der Hypnose wider Willen trifft § 239 nur bei dadurch bedingter Aufenthaltsbeschränkung zu. Der Begriff Gewalt im Sinne des Gesetzes wird durch die Hypnose nicht erfüllt; nicht nur versteht man unter Gewalt die körperliche Gewaltanwendung, sondern Hypnose bedeutet auch keinen absoluten Zwang. Dagegen kann die Hypnose unter dem Begriff List subsummiert werden.

Für den im posthypnotischen Zustande handelnden Verbrecher gilt weder § 52 noch § 51 StGB. Die Suggestibilität ist keine krankhafte Störung der Geistestätigkeit; ebenso wenig ist der in Posthypnose handelnde bewußtlos, ein Automat. Höchstens kann von einer verminderten Zurechnungsfähigkeit die Rede sein. Der Hypnotiseur würde in einem solchen Falle als Anstifter nach § 48 StGB. zu bestrafen sein. Posthypnose kann für § 176 nicht in Betracht kommen.

De lege ferenda verlangt Verf. ein Verbot der Hypnose zum Zwecke der Schaustellung und Sensation und die Einführung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit.

Zivilrechtlich spielt die Posthypnose kaum eine Rolle. Bei Willenserklärungen gibt die Anfechtung nach § 123 BGB. dem Hypnotisierten hinreichenden Schutz; hier bedarf es auch keiner Änderungen der gesetzlichen Bestimmungen.

Schott, Wiederaufhebung der Entmündigung oder Umwandlung der Entmündigung wegen Geisteskrankheit in solche wegen Geistesschwäche? Nebst Bemerkungen über die Entmündigung wegen Geistesschwäche (Fortsetzung und Schluß). Friedreichs Blätter Heft I—III.

Ausführlichere z. T. wörtliche Wiedergabe weiterer einschlägiger Paragraphen und Zusammenstellung der Rechte, die dem wegen Geistesschwäche Entmündigten zustehen. Dann teilt Verf. einen Fall eigener Beobachtung mit. Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit war erfolgt wegen einer auf epileptischer Anlage beruhenden, angeborenen geistigen Schwäche. In dem Wiederaufnahmeverfahren beschloß das Amtsgericht in Anlehnung an das ärztliche mitgeteilte Gutachten, daß der Antrag der Entmündigten auf Wieder-

aufhebung der wegen Geisteskrankheit erfolgten Entmündigung abgelehnt wird und daß gleichzeitig verfügt wird, die Entmündigung habe wegen Geistesschwäche fortzudauern.

Becker, Carl, Eine Querulantin. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin. Heft V.

Mitteilung eines Gutachtens.

Schott, A., Mord bzw. Totschlag und Dementia praecox. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. XXX. Bd., 2. Aufl.

Verf. teilt die Krankengeschichten von fünf Fällen mit; die Kranken hatten sich einen Mord oder Totschlag zuschulden kommen lassen. In einem Falle war das Vorhandensein von Geistesstörung zur Zeit der Tat angenommen; in den vier anderen Fällen war Verurteilung erfolgt.

Verf. hebt hervor, daß die langsam einsetzende Charakterveränderung eins der ersten Krankheitszeichen der beginnenden Dementia praecox ist und daher die eingehendste Beachtung verdient. Der lange Fortbestand der Schulkenntnisse und die gute Merkfähigkeit sowie das Fehlen von Sinnes-täuschungen und Wahnideen erschweren dem Richter ein Verständnis und erleichtern die Annahme eines störrischen, rohen Charakters. Der Hauptwert ist bei der Begutachtung auf eine Umwandlung der Persönlichkeit der Ange-schuldigten zu legen.

Nücke, Kastration in gewissen Fällen von Geisteskrankheit. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. Nr. 29.

Die diesjährige Jahresversammlung der schweizerischen Irrenärzte erklärte ohne Widerspruch die Sterilisierung von Geisteskranken in gewissen Fällen für wünschenswert und forderte eine gesetzliche Regelung der Materie.

N. knüpft hieran an und erörtert unter Anlehnung an seine früheren Auslassungen über das Thema die Gründe und Voraussetzungen der Kastration. Sie kann angezeigt sein im Interesse der Angehörigen (Mutter, Kind) oder der Gesellschaft, weniger wegen der Degeneration als wegen der Verhütung der vielen Unglücksfälle und Verbrechen. Angeborene oder frühzeitige Entartungszustände erheischen eine Kastration erst nach vollendetem Wachstum mit Ausnahme der sehr aktiven moralisch Schwachsinnigen, die früher zu sterilisieren oder einzusperren sind bis zur Kastration. Nur die dringendsten Fälle sind einstweilen zu berücksichtigen. Für die Männer kommt die Vasectomie, also Ausschneidung eines Stückes des Samenleiters, in Betracht: für das weibliche Geschlecht fehlt es noch an einer zweckentsprechenden Methode.

Der Staat hat dasselbe Recht zur Sterilisierung wie zur Impfung, zur Einsperrung von Verbrechern, Irrsinnigen oder Leprösen. Garantien müssen natürlich geschaffen werden. Es bedarf der Erlaubnis des Kranken resp. seines Vormundes und vor allem seitens des Richters. Ein Kollegium von Sachverständigen hat im Einzelfalle zu entscheiden.

Ledenig, Adolf, Wirkung von „Gerichtssaalberichten“. H. Groß' Archiv, 20. Band, 1. u. 2. Heft.

Mitteilung dreier Fälle von Falschmünzerei, die durch Zeitungsberichte angeregt waren.

Lippmann, Otto, Reformvorschläge zur Zeugenvernehmung vom Standpunkte des Psychologen. H. Groß' Archiv, 20. Band, 1. u. 2. Heft.

Verf. untersucht, wie man verhältnismäßig die besten Aussagen erzielt und welche Forderungen sich aus den neueren Forschungen über die Psychologie der Aussage ergeben. Bei der Zeugenvernehmung sind Fragen tunlichst zu vermeiden; werden dennoch Fragen gestellt, so sind diese ins Protokoll aufzunehmen. Suggestivfragen sind völlig zu vermeiden, da sie eine bestimmte Stellungnahme des Zeugen nahelegen. Die Fahrlässigkeit bei den falschen Zeugenaussagen soll nicht strafbar sein. Die suggestive Wirkung der Zeitungsberichte ist gebührend zu berücksichtigen. Der Presse ist das Recht der Zeugenvernehmung zu verbieten. Die Rekognition soll sich auf eine Auswahl aus einer Zahl ähnlicher Gegenstände oder Personen beschränken und in der Vorverhandlung erfolgen. Die Verurteilung darf nicht allein auf die Aussagen geistesgestörter Personen oder von Kindern erfolgen. Zeugen mit entscheidenden Aussagen, besonders dann, wenn diese von anderen Aussagen wesentlich abweichen, sind von psychologisch geschulten Sachverständigen hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit zu prüfen. Der Richter soll mehr als bisher kriminalpsychologisch vorgebildet sein.

Schmidtman, Handbuch der gerichtlichen Medizin. Neunte Auflage des Casper-Limanschen Handbuches. Berlin 1905. August Hirschwald. Erster Band.

Das Caspersche Handbuch, das wohl jedem bekannt ist, der sich etwas eingehender mit der gerichtlichen Medizin befaßt hat, ist seit seiner achten Auflage im Jahre 1889 nicht mehr erschienen. Eine neue Auflage erschien um so notwendiger, als nicht nur die Medizin inzwischen gewaltige Fortschritte gemacht hat, sondern auch deshalb, weil die rechtliche Natur der von uns zu behandelnden Frage sich erheblich geändert hat. Diese Lücke füllt das vorliegende Buch aus, das sich von seinen früheren Auflagen auch dadurch unterscheidet, als es nicht mehr von einem Autor allein bearbeitet

ist; die einzelnen Kapitel sind vielmehr von Fachleuten bearbeitet, die gerade auf diesem Gebiete wissenschaftlich und praktisch sich besonders betätigt haben.

Der bisher erschienene erste Band, der außer dem allgemeinen Teile die streitigen geschlechtlichen Verhältnisse, die nicht tödlichen Körperverletzungen, die gewaltsamen Todesursachen und die tödlich verlaufenden Vergiftungen behandelt, interessiert den reinen Psychiater relativ wenig; und an den psychiatrisch belangreichen Stellen wird naturgemäß auf den noch ausstehenden psychiatrischen Teil des Handbuchs verwiesen. Dieser wird nach seinem Erscheinen des genaueren hier berücksichtigt werden.

Indes sei schon hier bemerkt, daß die Mitarbeiter den Fortschritten der Wissenschaft durchaus gerecht geworden sind und daß sie die gerade den Neuling anziehende Kasuistik mit Recht beibehalten und fortgeführt haben; freilich hätte Ref. manche Punkte gerade in diesem Handbuche gern ausführlicher behandelt gesehen.

Wyler, Marcus, Dr. jur., Die rechtlichen Hauptformen der Irrenfürsorge. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. Nr. 31—36.

Verf. gibt eine Übersicht über die Vorschriften der verschiedenen Länder hinsichtlich der Irrenfürsorge, und zwar je nachdem die Kranken in öffentlichen Anstalten, in einer Privatanstalt oder in Familienpflege untergebracht sind. Am interessantesten ist es, zu vergleichen, an welche Voraussetzungen und Bedingungen die Erteilung einer Konzession einer Privatirrenanstalt verknüpft ist, sofern solche überhaupt konzessionspflichtig ist.

Mehl, Aug., Die Geschichte eines geisteskranken Brandstifters. H. Groß' Archiv, 20. Band, 3. u. 4. Heft.

Der an „halluzinatorischer Verrücktheit mit unverkennbarem Schwachsinn“ (*Dementia praecox?* Ref.) Leidende ließ sich eine große Zahl von Brandstiftungen zuschulden kommen; der Alkohol spielte dabei eine große Rolle. Das Motiv der Brandstiftung wurde nicht immer eingehend geprüft; vielfach wurde er kurzerhand für einen Bösewicht gehalten. Anlässlich des Falls plädierte Verf. für Unschädlichmachung gemeingefährlicher Kranken durch Strafjustizbehörden, die von Psychiatern beraten werden; diese sind viel geeigneter als Polizeibehörden.

Geill, Kriminal-anthropologische Untersuchungen dänischer Sittlichkeitsverbrecher. H. Groß' Archiv, 20. Band, 3. u. 4. Heft.

Unter 1845 männlichen Verbrechern des Kopenhagener Untersuchungsgefängnisses aus der Zeit von 1898—1906 waren 116 Sittlichkeitsverbrecher = 17% unehelich geboren; bei 35% Alkoholismus in der Abstammung; bei 20% Geistes- oder Nervenkrankheiten. 28 sind psychisch minderwertig

= 24%, während unter allen Verbrechern 13,6% abnorm waren. In fast zwei Drittel der Fälle muß der Alkohol als mitwirkende oder hervorrufende Ursache des Sittlichkeitsverbrechens angesehen werden.

Jagemann, E. von, Mediziner und Juristen gegenüber den Fragen aus der forensischen Psychologie. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg., 6. u. 7. Heft.

Verf. skizziert in dem vorliegenden Vortrag, mit dem die neugegründete forensisch-psychologische Vereinigung in Heidelberg eröffnet wurde, das den Juristen und Psychiatern gemeinsame Arbeitsfeld. Verf. geht dabei, und das macht seine Ausführungen besonders anregend, von seinen eigenen Erfahrungen aus; leider wird so das Zivilrecht nicht berührt.

Aschaffenburg, Gustav, Zur Psychologie der Sittlichkeitsverbrecher. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg., 6. u. 7. Heft.

Verf. benutzte zur vorliegenden Arbeit 200 Einzelbeobachtungen von wegen Sittlichkeitsverbrechen mit Gefängnis bestraften Individuen. Nur 49,5% waren uneingeschränkt zurechnungsfähig. Einwandfrei geistig gesund waren von den 200 Individuen nur 45, und bei dieser Prüfung waren die Ansprüche sehr herabgeschränkt. 44 waren vom Standpunkt des Irrenarztes zu Unrecht verurteilt; daß die senile Demenz darunter mit zwölf Fällen vertreten ist, kann den Psychiater kaum wundern. Von diesen zwölf Greisen waren nur zwei vorbestraft. Sämtliche Sittlichkeitsverbrecher über 70 Jahren waren ausgeprägt geistesschwach; nicht ein einziger war gerichtsärztlich begutachtet worden; 27 Individuen waren hochgradig schwachsinnig; 45 Gesunde waren zur Zeit der Tat betrunken; bei manchen war allein der Rausch die Ursache der Tat.

Mit Recht weist Verf. sehr eindringlich auf den Schaden hin, den die Jugend durch geschlechtliche Angriffe erleidet. Die perverse Sexualempfindung ist ein Symptom psychopathischer Entartung. Die Zuhälter sollten häufiger der Landespolizeibehörde überwiesen werden.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß kein Sittlichkeitsverbrecher bestraft werden dürfte, bevor seine geistige Gesundheit erwiesen ist. Unsere Abwehrmaßregeln brauchen deshalb nicht weniger energisch zu sein.

Hoegel, Zur Reform der Freiheitsstrafen. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg., 6. u. 7. Heft.

Verf. wünscht eine Einengung des Gebietes der Freiheitsstrafen, Erhöhung der Strafmündigkeitsgrenze auf 14 Jahre. Verkürzung der Dauer der Freiheitsstrafen und einen ausgiebigeren Gebrauch der Geldstrafen; er ist ein

Gegner des bedingten und unbedingten Straferlasses, der Deportation und des jüngst von *H. Groß* empfohlenen Hausarrestes. Auch der Strafvollzug bedarf einer Reform. Zuchthaus-, Gefängnis- und Haftstrafen genügen. Er spricht sich gegen die sog. unbestimmte Strafe aus; die Handhabung der bedingten Entlassung verlangt Besserung. Verschärfungen der Freiheitsstrafen sind unter bestimmten Voraussetzungen zulässig, abgesehen von der Prügelstrafe. Er erklärt sich für Einzelhaft. Besondere Anstalten für Minderwertige erklärt er für ein Unding.

Hoche, Alfred, Bemerkungen zur Frage des künstlichen Aborts bei Neurosen und Psychosen. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg., 6. u. 7. Heft.

Die Neigung, wegen nervöser oder psychischer Anomalie den Abort einzuleiten, nimmt zu. Schwere Fälle von unstillbarem Erbrechen oder Chorea gravidarum geben die Indikation ab. Für Melancholie mit periodischem Charakter trifft das nicht zu. Drohende Selbstmordgefahr kann nur, wenn sie pathologisch bedingt ist, für den Psychiater in Betracht kommen: sie erheischt dann Anstaltsbehandlung.

Bonhöffer, Karl, Sittlichkeitsdelikt und Körperverletzung. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg., 3. Heft.

Vergleichende Untersuchung von je 50 Sittlichkeitsverbrechern und Körperverletzern. Bei diesen letzteren überwiegen die Bauhandwerker, bei jenen die Handwerker. Auffallend groß ist die Zahl der Imbezillen bei den Körperverletzern; bei diesen finden sich weniger körperliche Defekte. Körperlich unansehnliche und mißgestaltete Individuen finden sich besonders bei den wegen Unsittlichkeit mit Kindern Verurteilten. In jeder Gruppe waren nur wenige (13 bzw. 14 Individuen) ohne psychische Anomalien. Bei den Sittlichkeitsdelinquenten findet sich relativ oft beginnendes Senium und Arteriosklerose. Die Zahl der im Sinne des § 51 StGB. Kranken ist bei den Sittlichkeitsverbrechern größer. Beide Deliktarten zeigen eine große Abhängigkeit vom Alkoholgenuß.

Näcke, P., Der Traum als feinstes Reagens für die Art des sexuellen Empfindens. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 2. Jahrg. 8. Heft.

Im Traume spiegelt sich nicht nur die Richtung der Sexualität im groben, sondern in allen feinen Details, mit untrüglicher Sicherheit wieder. Ein einzelner Traum besagt nichts; es gibt Konstrastträume. Man muß vielmehr eine Reihe von Träumen derselben Person aus verschiedenen, wenn

möglich, aus weit auseinanderliegenden Zeiten verwerten. Auf Grund von Serienträumen kann die Unterscheidung zwischen Persionen und Perversitäten getroffen werden; Träume ermöglichen die Diagnose des Geschlechts bei Zwittern. Verf. hebt den forensischen, prognostischen und therapeutischen Wert der Träume hervor, immer die Glaubwürdigkeit des jeweiligen Individuums und die Ausschaltung von Suggestionen vorausgesetzt.

Ostermann, Der heutige Standpunkt der Daktyloscopie H. Groß' Archiv, 21. Band, 3. u. 4. Heft.

Verf. gibt eine Geschichte der Daktyloscopie und eine kurze Übersicht über ihre heutige Anwendung. In Großbritannien wurden 1902 danach 1722, 1903 3642 und in der ersten Hälfte des Jahres 1904 2335 Personen identifiziert, und zwar nach dem *Henryschen* System. In Frankreich und Preußen wird das *Bertillonsche* System angewandt, dessen Prinzipien an der Hand von Abbildungen erörtert werden. In Hamburg findet die auf *Henryschem* Boden stehende *Roschesche* Registratur Anwendung.

Verf. befürwortet die Einberufung einer internationalen Konferenz, die sich auf ein System einigt. Es erscheint bedenklich, die Daktyloscopie zu zentralisieren; richtiger ist es, daß auch jede größere Verwaltung einen geschulten Daktyloscopen hat.

Groß, Hans, Antrittsvorlesung. H. Groß' Archiv, 21. Band, 1. u. 2. Heft.

Begründung seines Standpunktes als Vertreter der psychologischen Richtung in der Jungdeutschen Kriminalistenschule.

Groß, Albert, Ein Fall von Paramnesie in der antiken Literatur. H. Groß' Archiv, 21. Band, 3. u. 4. Heft.

Nach einer Stelle im Horaz behauptet Pythagoras, schon einmal auf der Welt gewesen zu sein, und zwar als Euphorbos vor Troja gekämpft zu haben. Auf die Ansicht der Griechen von der Seelenwanderung ist diese Erscheinung zurückzuführen.

Daubner, Leichenschändung und Aberglauben. H. Groß' Archiv, 21. Band, 3. u. 4. Heft.

Für die Leichenschändung war der Aberglauben maßgebend, daß man sich mit dem Auge eines in der Karwoche aus dem Grabe geholten Kindes unsichtbar machen könnte, wenn man nur nichts von der wunderkräftigen Wirkung des Talismans verriete. Derselbe Mann beging eine zweite Leichenschändung, da er nach den Prophezeiungen einer Kartenschlägerin mit den Kleidungsstücken einer ausgegrabenen Kindesleiche eine reiche Braut gewinnen

könnte. Der von Haus beschränkte Täter hatte sich betrunken; das Strafverfahren wurde wegen Unzurechnungsfähigkeit eingestellt.

Sieber, R., Zur Frage der Schlaftrunkenheit. H. Groß' Archiv. 21. Band, 1. u. 2. Heft.

V., Gerichtsadjunkt, berichtet über eine Eigenbeobachtung; er träumte lebhaft von Vorfällen, die ihn vorher gemütlich intensiv beschäftigt hatten, und faßte seine Frau an, in der er den vermeintlichen Einbrecher sah. Unter dem Schreien der Frau kommt er allmählich zu sich, in Schweiß gebadet und erschöpft wie nach einer großen physischen Anstrengung.

Lelewer, Georg, Ein Fall solitärer Erinnerungstäuschung. H. Groß' Archiv, 21. Band, 1. u. 2. Heft.

Ein geistig minderbegabtes Individuum war von zwei Personen schwer verletzt worden; es beschuldigte zwei Personen der Tat, denen es sie nach Lage der Sache wohl zutrauen konnte. Indes war nur der eine beteiligt: der Verletzte hielt aber trotz aller erdrückenden Gegenbeweise an seiner Annahme fest, daß auch der andere ihn mißhandelt hatte.

Hartmann, Fritz, Andichtung von Kindesmord. H. Groß' Archiv. 21. Band, 1. u. 2. Heft.

Ein psychiatrisches Gutachten, das überzeugend dartut, daß die Beschuldigung, einen Kindesmord begangen zu haben, auf *pseudologia phantastica* zurückzuführen war. Aus der eingehenden psychologischen Analyse verdient hervorgehoben zu werden, daß das Haftenbleiben der Affektlage eine wesentliche Rolle bei den wahnhaften Auffassungen spielte.

Markovac, Karl, Disposition der Epileptiker zur Autosuggestion. H. Groß' Archiv, 21. Band, 1. u. 2. Heft.

Ein Epileptiker beschuldigte sich grundlos der Mittäterschaft an einem Raubmorde, den er mit allen Details genau schildert. Seine Angabe stellte sich als unwahr heraus, da die von ihm bezichtigten Mittäter ihr Alibi nachweisen konnten.

Näcke, P., Le monde homo-sexuel de Paris. — Quelques détails sur les homo-sexuels de Paris. Archives d'anthropologie criminelle, de criminologie et de psychologie normale et pathologique. Tome IV.

Verf. bestreitet auf Grund seiner in Berlin gemachten Beobachtungen die Richtigkeit der Schilderung, die *Raffalovich* von dem Leben der Uranisten

in Paris macht; darnach sollen dort die Lokale für die Homosexuellen die reinen Verbrecherspelunken sein. In einem Nachtrag veröffentlicht N. einen an ihn gerichteten Brief eines Schriftstellers, der an der Hand eigener in Paris gemachten Erfahrungen ihm völlig Recht gibt.

Juliusburger, Otto, Gegen den Strafvollzug. Deutscher Arbeiter-Abstinenten-Bund. J. Michaelis, Berlin. 30 S. 20 Pfennig.

Gemeinverständliche Darstellung der kriminellen Bedeutung des Alkoholmißbrauchs und eindringliche Befürwortung der Abstinenz.

Lohsing, Das Geständnis in Strafsachen. (Juristisch-psychiatrische Grenzfragen.) Verlag C. Marhold, Halle a. S. 1905. 142 S.

Verf. unterzieht das Geständnis in Strafsachen einer Erörterung in rechtlicher und psychologischer Hinsicht. Der erste Teil behandelt die kriminalistische Bewertung des Geständnisses des Angeklagten in der Geschichte: im römischen, älteren deutschen und kanonischen Recht, sowie in der Constitutio Criminalis Carolina und schließlich dem geltenden Recht. Es zeigt sich, welch hoher bis in die Neuzeit noch steigender Wert dem Geständnis für die Entscheidung der Schuldfrage beigemessen wurde, ein Wert, welcher erst in der neuesten Zeit rapide abnahm, wo ein Geständnis weder zu einer Verurteilung notwendig, noch einem Freispruch hinderlich ist und unter keinen Umständen durch Gewalt erzwungen werden darf. Dem geschichtlichen Überblick schließt sich eine interessante psychologische Würdigung des Geständnisses als Kriterium seiner Beweiskraft an mit Einfügung von zahlreichen gut ausgewählten Beispielen aus der Literatur. *E. Arndt*.

Kötscher, Über das Bewußtsein, seine Anomalien und ihre forensische Bedeutung. (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens XXXV.) Verlag J. F. Bergmann, Wiesbaden. 1905.

Eine gemeinverständlich gehaltene, kritisch referierende Darstellung der heutigen wissenschaftlichen Anschauungen über das normale und pathologische Bewußtseinsleben, welche dabei vielfach Bezug nimmt auf die hier in Betracht kommenden forensischen Fragen. Die Zurückführung von juristischen und moralisierenden Vorurteilen mit ihren verfehlten praktischen Konsequenzen auf eine leidenschaftslose, naturwissenschaftliche Betrachtungsweise ist dabei die tiefere belehrende Absicht des Verf. *E. Arndt*.

Türkel, Psychiatrisch-kriminalistische Probleme. Verlag F. Deuticke, Leipzig und Wien. 1905. 72 S.

Verf. behandelt die drei „psychiatrisch-kriminalistischen Probleme“ der psychiatrischen Expertise, der Zurechnung und Zurechnungsfähigkeit und der

psychopathischen Zustände als Strafausschließungsgründe im Strafrecht. Am eingehendsten wird das letztere Thema erörtert. *P.* nimmt dabei vorwiegend auf das österreichische Strafgesetz Bezug, dessen hier in Betracht kommende Anschauungen und Paragraphen er namentlich auf Grund historischer Untersuchung und Darstellung bespricht. Verf. geht dabei in der Hauptsache referierend vor, ohne neue Ansichten oder Vorschläge zu bringen.

E. Arndt.

Reissner, Arthur, Die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten und der Schutz der persönlichen Freiheit. Verlag von Urban u. Schwarzenberg, Berlin. 1905. 86 S.

Verf. übt als Jurist eine scharfe Kritik an den herrschenden gesetzlichen Bestimmungen über die Zwangsunterbringung von Geisteskranken in die Irrenanstalt und kommt zu dem entschiedenen Schlusse, daß das heutige Irrengesetz nicht ausreiche, um den nötigen Schutz der persönlichen Freiheit zu gewährleisten. Als Beweismittel stützt sich *R.* hierbei im einzelnen auf Fälle wie „Hirschberg“, „Wegemann“ u. a. Es wird verlangt Erschwerung der Entmündigung, Erschwerung der Verbringung von „harmlosen Geisteskranken mit Krankheitsbewußtsein“ in die Irrenanstalt und überall eine schärfere Kontrolle durch Staatsanwaltschaft und Laien. Eine gewisse Mitwirkung wird dem Psychiater zum Heile der Kranken nicht versagt.

E. Arndt.

Allison, Insanity in penal institutions and its relation to principles of penology. (Abgedruckt aus den Albany medical annals Dez. 1903.) 8 S.

A. verlangt eine gründlichere körperliche und geistige Untersuchung der Verbrecher vor der Verurteilung und Aufnahme in die Strafanstalten, sowie eine bessere Beobachtung in den Strafanstalten selbst, um den verbrecherischen Geisteskranken und geisteskranken Verbrecher rechtzeitig aussondern und in zu diesem Zweck gebaute Krankenhäuser bringen zu können, von denen New-York gegenwärtig schon zwei besitzt.

E. Arndt.

Pessler, Zur Feststellung des Geisteszustandes der Beschuldigten im Strafverfahren. Verlag Joh. Meyer, Braunschweig. 1905. 157 S.

In der Hauptsache eine Sammlung von interessanten Strafrechtsfällen, die psychiatrischer Begutachtung unterlagen; von einem Juristen mitgeteilt und für Juristen bestimmt. Dem Psychiater ist an der Schrift besonders bemerkenswert das wachsende Interesse des Richterstandes an psychiatrischen Kenntnissen, sowie das Sichtbarwerden der natürlichen Grenzen, welche sich in der Beurteilung einschlägiger Fragen für den Laien notwendig ergeben müssen.

E. Arndt.

Siefert, Über die unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher und die Mittel der Fürsorge zu ihrer Bekämpfung. (Juristisch-psychiatrische Grenzfragen.) Verlag C. Marhold, Halle a. S. 1905. 26 S.

Verf. erblickt in dem Gewohnheitsverbrecher einen unbeeinflussbaren krankhaft Minderwertigen. Diese Minderwertigkeit ist in der Regel eine angeborene; der jugendliche Rechtsbrecher stellt meist das erste Entwicklungsstadium des Gewohnheitsverbrechers dar. Das soziale Milieu erzeugt (im eigentlichen Sinne des Wortes) die verbrecherischen Entartungsformen und schafft die auslösenden Reize. Aus der klinischen Auffassung ergibt sich die Therapie. Zwecklos erscheinen alle Besserungstendenzen, zwecklos vor allem das heutige Strafverfahren, wenig aussichtsvoll der Kampf gegen das soziale Milieu. Das einzig Gegebene ist, diesen Minderwertigen in ein künstliches Milieu zu bringen, welches seiner angeborenen Eigenart Rechnung trägt. Die bisherigen in Betracht kommenden künstlichen Milieus, wie Strafanstalten, Irrenhäuser, Erziehungsanstalten reichen nicht aus oder schaden nur. Das richtige Milieu muß erst geschaffen werden, am besten in einer mit beliebiger Disziplin arbeitenden Zentralanstalt, an welche sich ein System ländlicher Kolonien anschließt. — Der sehr frisch und gründlich geschriebene Aufsatz eignet sich für einen weiten Leserkreis.

E. Arndt.

Cramer, Über Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus. (Juristisch-psychiatrische Grenzfragen.) Verlag C. Marhold, Halle a. S. 1905.

Verf. sucht die Vorurteile zu zerstreuen, welche die Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken im allgemeinen überschätzen, während die größere Gemeingefährlichkeit anderer, z. B. Geschlechtskranker, übersehen wird. Zudem hat der Staat es selber in der Hand, durch eine möglichste Erleichterung der Aufnahmebedingungen die Gefährlichkeit des Irren einzuschränken. Mit der Erleichterung der Aufnahme muß eine Erleichterung der Entlassung verbrecherischer Geisteskranker nach ihrer Genesung oder sozialen Wiederherstellung Hand in Hand gehen. Die Irrenanstalt darf nicht das stete Mißtrauen des Publikums erneuern und zu einer Strafanstalt werden. Über die tunliche Entlassung entscheidet der Arzt. Längere ärztliche Überwachung durch Medizinalbeamte bei genesenen einst gefährlichen Geisteskranken ist notwendig.

E. Arndt.

Petersen, Julius, Dr., Reichsgerichtsrat a. D., Willensfreiheit, Moral und Strafrecht. Lehmanns Verlag, München 1905.

Verf. gibt eine klare und erschöpfende Darstellung des Wesens und der Geschichte des Determinismus und der für und gegen ihn sprechenden

Gründe. Er widerlegt die letzteren und beweist an der Hand der neuesten Ergebnisse der Psychologie und Psychiatrie die Richtigkeit des Determinismus. In den letzten Kapiteln erörtert er eingehend das Verhältnis des Determinismus zur Moral und zum Strafrecht und die aus der Anerkennung des Determinismus zu erwartenden Folgen. Seinem Buche fügt er eine wohl vollkommene Übersicht der bis jetzt über diese Frage erschienenen Literatur bei.

Klieneberger.

Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zweiter Band, Heft 3—8.

1. Heft 3—5. Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung, eine psychologische, psychiatrische und militärrechtliche Studie von Dr. *Ewald Stier*.

Verf. bespricht an der Hand reicher Erfahrungen und auf Grund der amtlichen Kriminalstatistik die psychologischen Momente, die den Soldaten zur Fahnenflucht und unerlaubten Entfernung treiben, und betont, wie notwendig es ist, durch scharfe Auswahl bei der Aushebung wie durch baldige Entfernung nicht völlig intakter Elemente die Armee rein zu halten. Er gibt alsdann einen geschichtlichen Überblick über das Wesen und die Bestrafung der Fahnenflucht bei den verschiedensten Völkern und Volksstämmen von Roms Zeiten bis zu den unsern. Zum Schlusse bespricht er unser deutsches Militärstrafgesetzbuch, das er für fast vollkommen hält, und schlägt verschiedene zweckentsprechende Änderungen vor. Er empfiehlt für alle Straftaten Einfügung des jetzt noch völlig fehlenden Begriffes der „mildern den Umstände“ und alleinige Festlegung einer oberen Strafgrenze.

2. Heft 6 enthält einen Bericht über die Vorgeschichte und die Eröffnungssitzung der Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen nebst zwei daselbst gehaltenen Vorträgen.

1. Die Reform des Vorverfahrens im Strafprozeß von Prof. *Mittermaier*.

Verf. rügt die unserem heutigen System des Strafprozesses anhaftenden Mißstände und betont die Notwendigkeit der Reform. Die Frage des Vorverfahrens bildet den Hauptfaktor des ganzen Systems und ist deshalb weniger vernachlässigt worden als andere Momente. Die Reformvorschläge bewegen sich in zwei Richtungen; die eine bildet die sogenannte kontradiktorische Gestaltung der Voruntersuchung, die andere erstrebt und erfüllt den Gedanken des Parteiprozesses am entschiedensten. Letzte Richtung verfiel Verf. und stellt am Schluß seines Vortrags sechs Hauptpunkte für die Gestaltung des Vorverfahrens auf.

2. Die Forschungen zur Psychologie der Aussage von Prof. *Sommer*.

Verf. gibt ein auf Grund seiner eigenen Methodik aufgebautes System der verschiedenen Arten von falschen Aussagen, weist auf deren eminente strafrechtliche Bedeutung hin und untersucht die psychologischen Bedingungen für das Zustandekommen derselben; dabei kommt Verf. zu dem Schlusse, daß es außer dem Meineid und dem fahrlässigen Falscheid noch einen bona fide und nicht fahrlässig geleisteten Falscheid gibt.

3. Heft 7 u. 8. Geistesschwäche als Entmündigungsgrund, zwei Vorträge.

1. Dr. med. *Camerer*.

Verf. bespricht den Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geisteschwäche in medizinischem und juristisch-funktionellem Sinn und in der Wirkung der Entmündigungserklärung auf den Kranken selbst und bedauert, daß nicht auch bei der Entmündigung wegen Geistesschwäche von der Zustimmung des Beschlusses unter Umständen abgesehen werden kann. Er wünscht, daß der Kreis der Entmündigung wegen Geisteschwäche bedeutend weiter gezogen werde, und will die Frage, ob Geisteskrankheit, ob Geisteschwäche, nicht nach einzelnen Krankheitsformen, sondern nach den Hauptsymptomen jeweils einer Gruppe von Krankheitsbildern beantwortet wissen. Er bespricht alsdann die einzelnen Psychosen und hebt die Gesichtspunkte hervor, die bei der Beurteilung in bezug auf Geisteschwäche maßgebend sein dürften.

2. Oberlandesgerichtsrat *Landauer*.

Verf. behandelt den Unterschied der Entmündigung wegen Geisteskrankheit und derjenigen wegen Geisteschwäche in juristischem Sinne bei Anspruch der Entmündigung sowie hinsichtlich der Wirkungen, welche die Entmündigung im jeweiligen Falle nach sich zieht. Er betont, eine wie große Rolle der wegen Geisteschwäche Entmündigte im rechtlichen Leben noch spielen kann, und bespricht die verschiedenen Voraussetzungen, unter welchen einerseits wegen Geisteskrankheit, andererseits wegen Geisteschwäche entmündigt werden kann.

Klieneberger.

Frese, Die Prinzessin Luise von Sachsen-Koburg und Gotha geb. Prinzessin von Belgien. Carl Marhold, Halle. 1905.

Verf. gibt eine eingehende Schilderung der wechselvollen Lebensschicksale der Prinzessin und führt sämtliche psychiatrische Gutachten über ihren Geisteszustand an. Es geht aus ihm hervor, daß die deutschen Gutachten mehr sachlich und kritisch sind, während die Franzosen die Vorgeschichte zu wenig berücksichtigt und viel zu viel Gewicht auf die persönlichen Angaben der Prinzessin gelegt haben.

Lüdike.

von Schrenck-Notzing, Kriminalpsychologie und psychopathologische Studien. Leipzig, Barth.

Verf. behandelt in dem ersten Teile seiner gesammelten Aufsätze erst allgemein und dann an der Hand einer reichen Kasuistik die psychosexuellen Anomalien und weist die Inkonsequenz und Unklarheit des § 175 RStG. nach. In dem zweiten Abschnitt der Abhandlung betont er unter Anführung zahlreicher eigener Beobachtungen aus seiner großen Gerichtspraxis die dringende Reformbedürftigkeit des § 51 RStG. und die gesetzliche Anerkennung der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Besonders interessant ist

am Schluß der Arbeit das Kapitel über die gerichtlich-medizinische Bedeutung der Suggestion, ein Gebiet, das nach Ansicht des Verfassers noch lange nicht in dem nötigen Umfange zugestanden und gewürdigt wird. *Rüh.*

Günther, Die Zurechnung im Strafrecht. Berlin, Georg Waltenbach. 1905.

Nach einer längeren einleitenden Erörterung über Willensfreiheit und Zurechnung teilt Verf. die Rechtsverletzer je nach dem Grade der Zurechnung ein in geistesranke bzw. geistig minderwertige Verbrecher, in sogenannte Zwangsrechtsbrecher und in Normale. Er fordert für jede dieser drei Kategorien eine gesonderte Behandlung, und zwar für die erstgenannte Gruppe die Aufnahme in eine Irrenanstalt, für die Zwangsrechtsbrecher die dauernde Unterbringung in besonders hierzu geschaffene Detentionshäusern oder die Deportation, für die normalen, noch der Besserung fähigen Verbrecher die Internierung in Straf- und Besserungsanstalten nach dem Muster der Anstalt von Elmira mit allmählichem Übergang in die Freiheit nach verbüßter Strafzeit. Am Schluß der Arbeit geht Verf. auf die Reformbedürftigkeit des § 51 RSrG. ein und formuliert einige durchaus zeitgemäße und notwendige Zusatzbestimmungen. *Rüh.*

Hoche, A., Zur Frage der Zeugnisfähigkeit geistig abnormer Personen. Mit einigen Bemerkungen von Prof. Dr. A. Finger Halle a. S. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zwanglose Abhandlung Bd. 1. Halle a. S., Verlag von C. Marhold.

In der Pflegeanstalt zu X. war eine vollständig blödsinnige Kranke ihrer Angabe nach von einem früheren Hausburschen geschwängert worden. Zeuge des angeblich im Keller beim Krautschneiden vollzogenen Beischlafes sollte nach Aussage der Kranken ein seit langer Zeit in der Anstalt verpflegter Epileptiker gewesen sein. Dieser Epileptiker wurde dann vor Gericht verurteilt. Besonders auf seine Aussage hin bejahten die Geschworenen die Schuldfrage. Der angeklagte Hausbursche, der dauernd seine Nichtschuld beteuerte, wurde zu zwei Jahren Gefängnis verurteilt. An der Hand dieses selbstbeobachteten Falles bespricht *H.* in eingehender, überzeugender Weise die Notwendigkeit einer anderen Fassung des § 56 StPO. und schlägt wie *Aaschaffenburg* folgende Ergänzung vor: „Unbeeidigt sind zu vernehmen ferner solche, deren Aussagen oder Wahrnehmungen durch Geisteskrankheit oder Geisteschwäche beeinflusst sind.“ *Schroeder-Lüneburg.*

Lener, La delinquenza e la pazzia in rapporto alla università del fenomeno economico. Il Manicomio. XXI. 2. 1905.

Verf. führt aus, daß die Verbrecher nicht nur eine Rückkehr auf eine primitive Menschheitsstufe darstellten, sondern vor allem das Resultat unserer

noch ungenügend entwickelten wirtschaftlichen Bedingungen seien. Da der Mensch das Produkt seiner Umgebung sei, so müßte eine durchgreifende Änderung unserer wirtschaftlichen Organisation, die den Kampf ums Dasein möglichst mild gestalte, die bisherigen massenhaften verbrecherischen Produkte zum Schwinden bringen.

Probst-München.

Stewart, The mental and moral effects of the south African war, 1899—1902, on the British people. The Journal of mental science. Januar 1904.

Verf. bringt eine Menge statistischer Daten, die beweisen sollen, daß zu Anfang des südafrikanischen Krieges die Verbrechen in England gegenüber dem vorhergehenden Jahre abgenommen haben. Die nächstliegende Erklärung, daß der Krieg eben viele unsaubere Elemente absorbiert habe, läßt Verf. nicht gelten; er behauptet vielmehr, daß die im Anfang des Krieges erlittenen Schlappen einen tiefen Eindruck auf das Volksbewußtsein gemacht und das allgemeine moralische Bewußtsein gehoben hätten. Sobald die schlimmste Zeit vorüber gewesen sei, sei auch die Zahl der Verbrechen wieder auf ihren früheren Standpunkt gestiegen.

Ganter.

Stewart, The relationship of wages, lunacy, and crime in South Wales. The Journal of mental science. Januar 1904.

Verf. glaubt nachweisen zu können, daß in Süd-Wales ein Fallen der Löhne, größere Kräfteanspannung und weniger Muße zusammenfalle mit der Abnahme der Verbrechen, der Trunksucht und Geisteskrankheit. Umgekehrt sei ein Steigen der Löhne, weniger Arbeitszeit und mehr Muße mit einer Zunahme der Trunksucht, des Verbrechens und der Geisteskrankheit verbunden. Die Statistik des Verfassers muß aber einen Haken haben, oder es müssen besondere von ihm nicht berührte Umstände in Betracht kommen; denn sonst würde der Artikel geradezu zur Ausbeutung des Arbeiters auffordern und in direktem Gegensatz zu den sonstigen Ergebnissen der Nationalökonomie stehen.

Ganter.

Angiolella, Sulla genesi biologica del delitto. Il Manicomio, XXI, 2. 1905.

Verf. führt aus, wie allmählich die Kriminalpsychologie an die Stelle der Kriminalanthropologie trete. Die rein morphologische Betrachtung des Verbrechers sei ein Unding. Das Verbrechen sei eine soziale Krankheit: um dieser beizukommen, müsse die Psychogenese des Verbrechens erst ausgebaut sein. Verf. gibt eine gedrängte Übersicht über die mannigfaltigen Ursachen des Verbrechens und sucht vor allem nachzuweisen, welch enorme Anzahl von verbrecherischen Handlungen lediglich durch die Umgebung, das Milieu, bedingt sei; davon unbeeinflussbar sei nur die Kriminalität auf Grund schwerer

Degeneration. Die Prophylaxe des Verbrechens müsse eine biologische und eine soziale sein. Die biologische habe die Aufgabe, dem Umsichgreifen der Entartung eine Grenze zu ziehen; die soziale habe vor allem drei Faktoren zu bekämpfen, die als Hauptursachen des Verbrechens anzusehen seien, nämlich einmal den Kult und die Anwendung der rohen Gewalt in ihren verschiedenen Formen, dann die Hochachtung oder Nachsicht gegenüber einigen Formen larvierter Kriminalität, die nichts seien als Transformationen atavistischer verbrecherischer Tendenzen, und endlich den übertriebenen Individualismus, der, um persönlichen Ehrgeiz zu befriedigen, die Allgemeinheit schädige.

Probst-München.

4. Pathologische Anatomie.

Ref.: Matusch-Sachsenberg.

Vogt, Über die Anatomie, das Wesen und die Entstehung mikrokephaler Mißbildungen nebst Beiträgen über die Entwicklungsstörungen der Architektonik des Zentralnervensystems. Arbeiten aus dem hirnanatomischen Museum in Zürich (v. Monakow). Heft I.

Die interessante, klare und gedankenreiche Arbeit ist auf der Beschreibung dreier Mikrokephalengehirne aufgebaut. Dem ersten Fall schließen sich Bemerkungen über den Atavismus an, den Verf. für eine Erscheinung rein sekundärer Natur erklärt, die Ursache für die Entstehung der Mißbildung liege weder im spontanen Rückschlag noch in der Neigung zu Wiederaufleben atavistischer Entwicklungstendenz, sondern in primären entwicklungshemmenden Momenten. Durch die Fixation bestimmter Entwicklungsphasen können infolge des Weiterwachsens des Keimes in falscher Richtung Anlehnungen an tierische, niedrigere Formen durch das Prinzip der phylogenetischen Vererbung zustande kommen. Der zweite Fall schließt mit Bemerkungen zur Klinik der Mikrokephalie, dem wenn auch geringen Maß von anatomischer Differenzierung in dem allseitig verbildeten Gehirn entspreche ein Rest von funktionsfähigem Nervengewebe, das die Ausbildung rudimentärer Funktionen noch zuzulassen scheine. In Fall 3 werden die Ursachen der Mißbildung besprochen, weitere Abschnitte erörtern den Aufbau und die Gliederung des Markkörpers, die Heterotypien, die gemeinsamen Punkte in Entwicklung und Bau der Heterotypien und anderer Formen atypischer Gestaltung der grauen Substanz und das Wesen der Mißbildung. Das Gesamtergebnis faßt Verf. in folgenden Sätzen zusammen: Wesentliche Momente der Mißbildung sind:

1. das primäre pathologische (anatomisch nicht immer nachweisbare) Moment, z. B. Gefäßerkrankungen, deren Folge die Mißbildung darstellt,

2. die Fixation einer bestimmten Entwicklungsphase des Keimes im ganzen oder einem seiner Teile, Zurückbleiben eines Teiles hinter dem anderen,

3. die Modifikation dieser Phase durch das Weiterwirken des Restes der nicht zerstörten Entwicklungsfaktoren. Diese Modifikation erfolgt im Sinne der normalen Entwicklung, oder es kommt infolge der veränderten Bedingungen zu den

4. Korrekturbildungen. Als solche sind zu betrachten: a) Unegales Größenwachstum mehrerer Teile, zuweilen im Sinne kompensatorischer Hypertrophie, b) Einhalten einer phylogenetisch niedrigen Stufe (Atavismus), c) Paradoxe Korrekturbildungen (Verbindungen und Bildungen in gänzlich atypischer Architektonik).

5. Die sekundären pathologischen Veränderungen des mißbildeten Keimes.

Hartmann, F., Die Neurofibrillenlehre und ihre Bedeutung für die klinische Neuropathologie. Wien und Leipzig, Wilh. Braumüller. 31 S.

Die kritische Besprechung der neuesten Untersuchungen gipfelt in unbedingter Anerkennung der Neurofibrillentheorie und schließt mit dem Satze, daß die Entdeckung der Neurofibrillen und ihre Deutung als Zellprodukte und Träger der leitenden Funktion das Nervensystem in eine äquale Reihe mit den übrigen Gewebsarten stelle, deren Zellprodukte die eigentlichen Träger ihrer Funktion seien.

Hinsdale, G., Paraplegia from fracture of the first, second and third dorsal vertebral, seven other fractures, laminectomy, recovery. The journ. of nerv. & ment. disease. September.

Der Fall interessiert mehr durch die Zahl und Schwere der durch eine Azetylenexplosion verursachten Verletzungen als durch die Symptome, doch zeigt der Verlauf manches bemerkenswerte, u. a. stellte sich die Funktion der Blase erst nach drei Jahren wieder her.

Hoch, Th., Acute anterior poliomyelitis in a youth. The journ. of nerv. & ment. disease. September-Oktober.

Befund bei einem Sechzehnjährigen, der nach 13 Wochen an Pneumonie starb. *H.* formuliert das Ergebnis in folgende Sätze: P. a. entsteht durch primäre Entzündung der Blutgefäße, die embolisch oder thrombotisch sein kann. Die Zerstörung der Ganglienzellen ist sekundär und beruht teils auf mangelhafter Blutzufuhr, teils auf Druck und Toxinwirkung. Der Befund ist

bei Kindern und Erwachsenen der gleiche und die Ursachen dieselben, die nicht in spezifischen Mikroorganismen, sondern in Bakterieninfektion verschiedener Art, manchmal auch in anderen Giften zu suchen sind. Die entzündlichen Veränderungen zeigen sich in den peripheren Gefäßen wie in den Ästen der Art. spin. ant., werden aber erst deutlich beim Eintritt der Gefäße in die graue Substanz. Die ungünstige kollaterale Versorgung in den Vorderhörnern befördert Trägheit der Zirkulation und Embolien.

Fry, F. R., A case of cerebral tumor presenting confusing symptoms. The journ. of nerv. & ment. disease. Oktober.

Klein-eigroßes Endotheliom im Fuße der dritten linken Stirnwindung, dem Operculum und dem Lob. triangul., das die *Reilsche* Insel und die erste Schläfenwindung komprimierte. Die allgemeinen Tumorsymptome waren sehr ausgesprochen, deutliche zerebellare Ataxie, auch des Kopfes, Taumeln nach rechts und einseitige Atonie wiesen auf das Kleinhirn als Sitz der Läsion. Vielleicht bietet dafür die kürzlich von *Collier* gemachte Beobachtung eine Erklärung, daß bei langsam wachsenden Tumoren die hinteren und unteren Teile des Kleinhirns in das Foramen magnum gedrängt werden. Allerdings ist dies bei der Autopsie des Falles nicht bemerkbar gewesen.

Ludlum, An experimental study on the regeneration of peripheral nerves. The journ. of nerv. & ment. disease. August.

Versuchstiere Kaninchen, *Weigert-Palsche* Färbung, *Stroebesche* Färbung für Achsencylinder. In den Fällen von Vereinigung der durchschnittenen oder resezierten Nerven fanden sich neue Fasern im peripheren Teil, bei Nichtvereinigung ließ sich in ihm weder Achsenzyylinder noch Myelinscheide nachweisen. Er bildet proliferiertes Neurilemm, aber keinerlei Nervenfasern, während das zentrale Ende in neugebildetem Bindegewebe und Neurilemm zahlreiche Fasern nach allen Richtungen schickt.

Potts, A case of traumatic cervical hematomyelia and complete division of the cord, with probable dislocation of the fifth cervical vertebra. Remarks on the location of the center for the biceps reflex. The journ. of nerv. & ment. disease. Juni.

Bei kompletter Zerquetschung des Rückenmarkes zwischen 6. und 7. Cervikalsegment durch den luxierten Wirbel war Cremaster- und Plantarreflex erhalten. Oberhalb der Quetschung — im 5. Segment — fand sich rechts das Hinterhorn hämorrhagisch erweicht, der Bicepsreflex war rechts anfangs lebhaft, erlosch dann und kehrte bis zum Tode schwach wieder. Der Befund erweist demnach das 5. Segment als Sitz des Bicepsreflexzentrums. Das Verhalten des Reflexes erklärt sich durch späteres Eindringen des Blutergusses in das Zentrum und beginnende Resorption.

Walton and Paul, Brain Tumors, a study of clinical and post-mortem records bearing of their operability and their symptomatology. The journ. of nerv. & ment. disease. August.

An der Hand von 221 Fällen von Hirntumor werden die Beziehungen der wichtigsten Symptome zum Sitz des Tumors wesentlich mit dem Ergebnis besprochen, daß es einer viel exakteren klinischen Forschung bedarf, wenn die Frage der Operation im Einzelfalle mit mehr Sicherheit beantwortet werden soll als bisher. Von den 221 Fälle waren 3% als absolut operierbar, 17% als möglich operierbar bezeichnet.

Zenner, A case of tumor of the occipital lobe. The journ. of nerv. & ment. disease. Jan.

Ein Fall von Sarkom des Occipitallappens, dessen Sitz nicht beschrieben wird. Bemerkenswert war im Verlauf das plötzliche Einsetzen rechtsseitiger Hemianopsie und ein ungewöhnlich häufiger Wechsel der Intensität der übrigen Herdsymptome. Der Kranke wurde wegen Verdacht auf Syphilis lange Zeit mit Quecksilber behandelt.

Zenner, An unusual case of carcinoma of the spine. The journ. of nerv. & ment. disease. Jan.

Bei einer Frau, bei der vor drei Jahren eine krebsige Mamma entfernt und vor einem Jahre die Ovarien extirpiert waren, deutete enorme Schmerzhaftigkeit der untersten Rückenwirbel und Bildung eines Gibbus daselbst auf Karzinom der Wirbelsäule. Lähmungen traten erst kurz vor dem an Marasmus erfolgenden Tode auf. Keine Autopsie.

Dercum, F. X., On spastic paralysis and syphilis of the cord. The journ. of nerv. & ment. disease. Jan. 1905.

Verf. macht auf die Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen syphilitischer Spinalparalyse aufmerksam und ist geneigt, mit *Oppenheim* und anderen in der *Erbschen* Form lediglich ein Stadium der Krankheit und eine Myelitis transversa zu sehen. In den drei beschriebenen Fällen zeigten sich vorzugsweise die Pyramidenstränge entartet, in den beiden ersten bestanden Muskelatrophien, ähnlich denen bei amyotrophischer Lateralsklerose, anscheinend infolge von Beteiligung der motorischen Wurzeln. Die Pyramidenbahnen stellen einen Lieblingssitz des prätoxischen Stadiums der Syphilis dar, während das postsyphilitische Toxin die Hinterstränge bevorzugt. Offenbar sind die Häute und Gefäße die Eintrittsstellen des Giftes, doch kann es vorkommen, daß sie selbst geringe Veränderungen zeigen, während das Rückenmark schwer betroffen ist.

Ludlum, A proliminary report of the possible relationship of neuro-fibrillar changes to insanity. The journ. of nerv. & ment. disease. Jan.

Verf. beschreibt Form und Färbbarkeit der Fibrillen in den Rückenmarkszellen von normalen, verhungerten und durch Arbeit erschöpften Ratten (nach *Cajal* mit einigen angegebenen Modifikationen) und vergleicht damit den Befund an Gehirnzellen einer Manisch-Depressiven und bei Paralyse. Danach scheint Quellung der Fibrillen und schwache Färbung (erschöpfte Ratte) im weiteren Verlaufe zu Körnung und Schwund von Fibrillen und Pigmentanhäufung zu führen (verhungerte Ratte, Gehirn der Manisch-Depressiven).

Spiller, W. G. and Frazier, C., The treatment of cerebral palsies and athetosis by nerve anastomosis and transplantation. The journ. of nerv. & ment. disease. May.

Anregung, durch Nerven-anastomose und Verpflanzung zerebral gelähmte Muskeln wieder nutzbar zu machen.

Langdon, Myelomalacia with especial reference to diagnosis and treatment. The journ. of nerv. & ment. disease. April.

Nach *L.*s Ansicht werden Myelitis und Myelomalacia durch Thrombose zu wenig unterschieden, obgleich die frühe Erkennung der Myelomalacia für die erfolgreiche Behandlung von besonderem Werte sei. *L.* stellt folgende Untersuchungsmerkmale auf:

Myelomalacia

1. Keine voraufgehende Krankheit.
2. Plötzlicher Beginn.
3. Kein Frost und kein Fieber.
4. Keine Rigidität, kein Spasmus, oft einseitige und begrenzte Erscheinungen, plötzliche Zunahme.
5. Gürtelschmerz fehlt oft.
6. Patellarreflex ungleich, oft einseitig.
7. Plantarreflex ungleich, einseitig *Babinski*.
8. Sphinkterkontrolle erhalten, oder für kurze Zeit fehlend.
9. Decubitus geringfügig und zu verhüten.
10. Keine Leukocyten.

Myelitis

1. Voraufgehende Krankheit oder Trauma.
2. Nicht plötzlicher Beginn.
3. Frost nicht selten, Fieber.
4. Rigidität und Spasmus oft vorhanden, Befallensein eines oder mehrerer ganzer Segmente. Paraplegie, stetige Verschlechterung.
5. Gürtelschmerz vorhanden.
6. Patellarreflex fehlt oder schwach gleich.
7. Plantarreflex fehlt, später beiderseits *Babinski*.
8. Sphinkterkontrolle erloschen für lange Zeit.
9. Decubitus unvermeidlich.
10. Leukocyten wahrscheinlich.

Die Behandlung muß auf Herabsetzung des Blutdruckes, Beförderung der Zirkulation und Beseitigung des entzündlichen Exsudats um den Erweichungs-herd zielen.

Drei Krankheitsgeschichten sind beigelegt.

Spiller, W. G., The location within the spinal cord of the fibers for temperature and pain sensations. The journ. of nerv. & ment. disease. May.

Tuberkel im rechten Seitenstrang im untersten Ende des Brustmarks. den *Gowers*-Strang einbegreifend, etwas höher ein zweiter Tuberkel im linken Vorderseitenstrang mit *Gowers*schem Strang. Klinischer und anatomischer Befund liefern in diesem Falle den Beweis, daß die Bahnen für Temperatur- und Schmerzempfindung in den *Gowers*schen Strängen verlaufen. Ausführliche Bearbeitung des Falles soll folgen.

Sims, F. R., Anatomical findings in two cases of *Korsakoff's* symptom-complex. The journ. of nerv. & ment. disease. March.

In beiden Fällen lag Alkoholismus und Arteriosklerose zugrunde, der Befund war: akute Degeneration peripherer Nerven, axonale Reaktion der Vorderhornzellen, der Zellen der *Clarkeschen* Säulen und einiger Nervenkerne und verschiedener intraspinaler Fasern nebst akuten oder axonalen Veränderungen in den Rindenzellen.

Spratling, W. and Park, R., Bilateral cervical sympathectomy for the relief of epilepsy, with report of three cases. Notes on the physiologic effects of cutting the sympathetic and on the histologic changes found on the cases of question. The journ. of nerv. & ment. disease. April.

Bisher ist in Fällen von Resektion des Halssympathicus bei Epilepsie der Befund am Nerven selbst unbeachtet geblieben. Verff. fanden in drei operierten Fällen Pigmentierung der meisten Zellen der Cervicalganglien, Kernverdoppelung in wenigstens einer Zelle der Ganglien, bei einem Fall in mehreren Zellen, degenerative Veränderungen in den markhaltigen Fasern und in einem Falle einen Entzündungsherd (perivaskuläre Rundzelleninfiltration). Über die Bedeutung des Befundes und seinen Zusammenhang mit Epilepsie sprechen sich die Verff. mit Recht vorsichtig aus.

Burr, C. W., A case of myasthenia gravis, with autopsy. The journ. of nerv. & ment. disease. March.

Weigert hat zuerst auf das Zusammentreffen persistierender Thymusdrüse mit lymphoider Infiltration der Muskeln und Myasthenie aufmerksam

gemacht. Im vorliegenden Falle wog die Drüse 22 g und enthielt einen abgekapselten Abszeß, dessen Inhalt bakteriologisch nicht sicher festzustellen war. Der Zustand begann oder war kompliziert durch hysterische Symptome und führte in vier Monaten zum Tode. Es bestand konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes mit Umkehrung für Rot und Blau und später mit Verwechslung aller Farben. Zuerst waren Augenmuskeln und Kaumuskeln, später Schultern und Arme, zuletzt die Atemmuskeln betroffen.

Dercum, A case of trauma of the foot of the second frontal convolution, followed by ataxia, nystagmus and epilepsy. The journ. of nerv. & ment. disease. Jan.

24 jähriger Arbeiter erhielt zwei Schläge gegen den Vorderkopf beim Ballspiel, war bewußtlos, später delirant und zeigte einige Monate nach dem Trauma starke Ataxie der Beine und des linken Armes, Nystagmus, Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen mit herabgesetztem Hörvermögen beiderseits und Nackenschmerzen. Nach einem halben Jahre hatte er Anfälle von Bewußtlosigkeit, die sich später mit allgemeinen Konvulsionen verbanden, die Ataxie ging zurück, das anfangs normale Kniephänomen verschwand, zuerst links. Trepanation ergab nichts Bestimmtes, doch wiederholten sich die Konvulsionen nur noch einmal und die Kopfschmerzen verloren sich. Zuletzt war das Kniephänomen wieder normal, der Nystagmus blieb bestehen. Eine Läsion des Kleinhirns, auf die Ataxie und Nystagmus allerdings hinweisen, möchte *D.* ausschließen.

Morton Prince, The course of the sensory fibres in the spinal cord and some points in spinal localisation based on a case of section of the cord. The journ. of nerv. & ment. disease. February.

Die Grundlage für die Untersuchung bildete ein Fall von Verletzung des Halsmarkes zwischen dem 6. und 7. Segment durch einen Messerstich, die am vierten Tage zum Tode führte. Aus dem Befunde zieht *P.* folgende Schlüsse: Da die Hinterstränge und die Hinterhörner vollkommen zerstört waren, Tastempfindung auf einer Seite aber erhalten war, so müssen Tastempfindungen durch andere Bahnen als die Hinterstränge gehen, dies gilt wahrscheinlich auch für Schmerzempfindung. Außerdem hatte der Schnitt die linken Seitenstränge getrennt, hiermit muß die rechtsseitige Hemianästhesie in Verbindung gebracht werden, es muß also eine gekreuzte sensible Bahn im Rückenmark vorhanden sein, die innerhalb des links durchschnittenen Feldes liegt. Die Beziehung des linksseitigen Priapismus zu der links ausgedehnteren Läsion ist nicht klar. Die komplette Paraplegie beweist, daß die ungekreuzte motorische Bahn keine nennenswerten Bewegungsimpulse

leiten kann. Die Zerstörung des rechten Vorderhorns bei rechtsseitiger Hemianästhesie, während die Zerstörung links die weiße Substanz und größtenteils hinter der Schnittgrenze betraf, beweist, daß die sensorische Leitung nicht durch die graue Substanz geht. Lähmung der Extensoren und der Finger bei erhaltener Funktion der Beuger ließ die Höhe der Läsion richtig diagnostizieren und beweist, daß das Zentrum für die Beuger oberhalb des 6. Segments, nicht, wie andere annehmen, unterhalb liegt.

Webber, Additional contribution to cases of multiple sclerosis with autopsies. The journ. of nerv. & ment. disease. March.

Zwei Fälle von multipler Sklerose, die klinisch und anatomisch nichts Besonderes bieten.

Peli, La cavità glenoidea dell' osso temporale nei sani di mente, negli alienati e nei criminali. Bulletino delle Scienze Mediche. Vol. V. 1905.

Durch Messungen von über fünfhundert Schädeln ist Verf. zu dem Resultate gekommen, daß die Fossa glenoidea des Schläfenbeins an Größe und Entwicklung stufenweise abnehme von den weißen zu den schwarzen Rassen, daß ferner eine Abstufung bestehe von den geistig Gesunden zu den Selbstmördern, von diesen zu den Geisteskranken und endlich, daß die Fossa glenoidea am wenigsten entwickelt sich bei den Verbrechern finde.

Probst-München.

Esposito, Psammomi della dura madre. Il Manicomio XXI, 2, 1905.

Verf. hat einen Fall von Psammomen der Dura mater beobachtet, bei dem es möglich war, die Bauart des Tumors in verschiedenen Stadien seiner Entwicklung zu sehen. Er hält auf Grund seiner Befunde die herrschende Ansicht, daß das Psammom in erster Linie ein Äquivalent des Sarcoma angio-lithicum sei, für irrig; der von ihm studierte Tumor charakterisiere sich als Fibrosarcoma calcificatum.

Probst-München.

Cerletti e Brunacci, Sulla corteccia dei vecchi. Roma, Romana. 1904.

Die Verfasser besprechen an der Hand von vier Fällen die Veränderungen der Nervenzellen und Gehirnblutgefäße im Greisenalter und versuchen an der Hand ihrer Befunde die Frage zu beantworten, welcher Art die Beziehungen zwischen den Gefäßveränderungen und den Veränderungen der Nervenzellen seien. Bei den Nervenzellen findet sich die Pigmentdegeneration und der *Nißsche* Typus der Auflösung; die Produktion von Pigment in den Nervenzellen wird heute fast übereinstimmend mit einem Intoxikationsprozeß in Zu-

sammenhang gebracht, auf dessen Rechnung man auch die Zellauflösung setzen muß. An den Gefäßen zeigt sich regelmäßig ein Involutionsprozeß der elastischen Membran mit starken Erweiterungen und Ausbuchtungen des Gefäßvolumens. Entgegen der Ansicht *Metschnikoffs*, der die senilen Veränderungen als Folge einer Intoxikation des Gesamtorganismus auffaßt, halten die Verf. dafür, daß die senilen Veränderungen der nervösen Elemente in direkter Beziehung stehen zu den Gefäßektasien, der enormen Verlangsamung des Blutstromes in den Ausbuchtungen und Ampullen, wodurch ein Zustand von Asphyxie und ungenügender Ernährung im unmittelbar anliegenden Nervengewebe ausgelöst werde. Gestützt wird diese Ansicht durch den Befund, daß die Veränderungen in den nervösen Elementen sich nicht gleichmäßig über die ganze Hirnrinde verbreitet finden, sondern klar lokalisiert, leberfleckchenartig, in engem Zusammenhang mit dem Verlaufe der veränderten Blutgefäße auftreten.

Probst-München.

Cerletti, Sopra alcuni rapporti tra le „cellule a bastoncino“ (Stäbchenzellen) e gli elementi nervosi nella paralisi progressiva. *Revista Sperimentale di Freniatria*. XXXI. fasc. III—IV. 1905.

Über die bei der histopathologischen Diagnose der progressiven Paralyse wertvollen, von *Niël* und *Alzheimer* Stäbchenzellen genannten Elemente bringt Verf. einige neue Beobachtungen von Beziehungen, welche diese Stäbchenzellen mit den nervösen Elementen, besonders den Pyramidenzellen, eingehen, und kommt auf Grund derselben zu einer von *Niël* und *Alzheimer* abweichenden Anschauung über den Ursprung der Stäbchenzellen. *Niël*, der dieselben früher für Elemente der Neuroglia gehalten, hat seine Anschauung später dahin geändert, daß es sich dabei um von den Blutgefäßen abstammende also mesodermale Elemente handle, welcher Ansicht auch *Alzheimer* beigetreten ist, ohne daß beide jedoch ihrer Auffassung den Wert einer definitiven Entscheidung beilegen, da „ein zwingender Beweis auch für diese Auffassung noch nicht vorliegt“. Verf. glaubt nun, daß die von ihm gefundenen neuen Beziehungen der Stäbchenzellen zu den nervösen Elementen eine Rückkehr zu der primären Auffassung rechtfertigen, und daß es sich bei den Stäbchenzellen um eine spezielle pathologische Modifikation von Neurogliazellen handelt.

Probst-München.

Ugo Cerletti and L. Lambalino. On the pathology of the neurofibrils. *Journal of mental pathology* 1905. Bd. 3.

Die Verfasser kommen auf Grund ihrer Tierexperimente zu dem Schluß, daß die bisherige Technik zur Färbung der Neurofibrillen (noch *Ramon y Cajal* und *Donaggio*) nicht ausreichen, um pathologische Veränderungen an den Neurofibrillen mit Sicherheit festzustellen.

Behr-Lüneburg.

Turner, Concerning the continuity of the nerve-cells, and some other matters connected therewith. The Journal of mental science. April.

Verf. bringt durch seine Untersuchungen den Beweis, daß die Nervenzellen untereinander in einem kontinuierlichen Zusammenhang stehen.

Ganter.

Bethe, Allgemeine Anatomie und Physiologie des Nervensystems. Leipzig 1903.

Der Verf. bringt größtenteils eigene Untersuchungen. Nachdem er kurz auf die Geschichte der heute sich gegenüberstehenden Anschauungen hingewiesen hat, stellt er sich auf die Seite *Apathys*, daß das gesamte Nervensystem in ununterbrochenem Zusammenhang stehe. Er nimmt mit diesem die Neurofibrillen als das leitende Element an und weist nach, daß auch bei Wirbeltieren die bei Wirbellosen bekannten Nervennetze vorhanden sind, neben den langen Bahnen. Sie sind hier vor allem im Blutgefäßsystem nachzuweisen; so hat besonders das Herz ein reiches derartiges Netz.

Die Untersuchungen über Degeneration und Regeneration der peripherischen Nerven stellen fest, daß diese Prozesse ohne Zusammenhang mit den Ganglienzellen verlaufen können. Im Embryo entwickeln sich die Nervenfasern nicht durch Auswachsen von den Ganglienzellen aus, sondern strangförmig angeordnete Zellen verschmelzen zu Nervenfasern.

Weitere Kapitel enthalten Untersuchungen über die primäre Färbbarkeit der Ganglienzellen und Neurofibrillen. Sie ist ein Zeichen, daß die Nervenleitung erhalten ist, und beruht auf Anwesenheit von Substanzen, die sich leicht abspalten. Beim elektrisch gereizten Nerven zeigen sich in der Verteilung dieser Substanz an den Neurofibrillen durch Färbung nachweisbare Veränderungen. Verf. weist weiter an einem Beispiel nach, daß auch in einem ganglienzellfreien Organ Reflexe vorkommen, er verlegt die nervöse Tätigkeit in die von den Fibrillen gebildeten Gitter und sucht dies für die Reflexumkehr, Summation, Bahnung usw. zu begründen. Die rhythmischen Bewegungen sollen großenteils dadurch entstehen, daß ein kontinuierlicher, unter der Schwelle liegender Reiz durch Summation eine Bewegung auslöst.

Naturgemäß ist es nicht möglich, auf den Inhalt der einzelnen Ausführungen, auf die zahlreichen Untersuchungen und Experimente anders als in Andeutungen einzugehen.

Haenisch.

5. Allgemeines.

Ref.: Snell-Lüneburg.

Kraepelin, Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth. 1903 04. 35 M., gebd. 37,70 M.

Das vortreffliche Lehrbuch liegt uns in siebenter, ganz umgearbeiteter Auflage vor. Wie auch in früheren Auflagen bringt der I. Band die allgemeine Psychiatrie und der II. Band die klinische Psychiatrie. Der II. Band zeigt wohl die wesentlichen Veränderungen.

Die Ausstattung ist eine tadellose.

Schuchardt.

v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis, mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung. — Eine medizinisch-gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen. — Zwölfte verbesserte und vermehrte Auflage. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1903. Preis 12 M., gebd. 14 M.

Das bekannte Buch des verstorbenen Meisters ist an dieser Stelle schon wiederholt besprochen. Die umfassende Beleuchtung der schwierigen Themen ist des öfteren hervorgehoben. Es wird stets eine Fundgrube der Belehrung in den oft so unsicheren Fragen der sexuellen Verhältnisse bleiben.

Schuchardt.

Möbius, Im Grenzlande. Band 6 der „Ausgewählten Werke“. Leipzig, Ambr. Barth. 228 S. 3 M., gebd. 4,50 M.

„Aufsätze über Sachen des Glaubens“ nennt *M.* die vorliegende Sammlung von sechs philosophischen Aufsätzen, die in den Jahren 1891 bis 1904 geschrieben sind. Die Titel sind: 1. Über die drei Wege des Denkens. 2. Drei Gespräche über Religion. 3. Über die Veredelung des Menschen. 4. Drei Gespräche über Metaphysik. 5. Über den Zweck des Lebens. 6. Über den Anthropomorphismus. Das Titelbild ist ein Portrait Fechners.

Möbius, Franz Joseph Gall, Band 7 der „Ausgewählten Werke“. Leipzig, J. Ambrosius Barth. 222 S. 3 M., gebd. 4,50 M.

Aus dem Vorwort: „Ob es etwas helfen wird, das weiß ich nicht. Aber ich will doch noch einmal versuchen, für *Gall* und seine Lehre Teilnahme zu erwecken. Zeit wäre es ja, daß die Leute das Unrecht begriffen, das ihm angetan worden ist, und erkannten, wie auf den von ihm gewiesenen

Wegen reichlicher Gewinn zu finden ist. . . . Wieviel von *Galls* Lehren unverändert aufzunehmen ist, das läßt sich noch nicht sagen. Manches mag beiseite zu lassen sein, aber der Kern, glaube ich, wird sich bewähren.“

Das Buch besteht aus zwei Titeln: A. *Galls* Leben und Lehre, B. Die Kritik. Im ersten Teile wird nach der Mitteilung der Lebensgeschichte *Galls* ein Auszug aus seiner Lehre gegeben. Als Hauptsätze seiner anatomischen Auffassung bezeichnet *Gall* die folgenden: Alle Nervenfasern entspringen aus grauer Masse. Es gibt so viele Systeme als es besondere Verrichtungen gibt, alle sind aber durch Verbindungsbahnen verknüpft. Jedes Nervensystem des animalischen Lebens ist doppelt, aber stets werden beide Seiten durch Kommissuren zur Einheit verbunden. Ein Vereinigungspunkt aller Funktionen ist nirgends zu entdecken. Folglich muß uns die Einheit unseres Ich ein Geheimnis bleiben. Unter den psychologischen Anschauungen *Galls* finden sich viele, die sich jetzt allgemeine Anerkennung erworben haben, so viele über das Verbrechen, z. B. die scharfe Unterscheidung zwischen eigentlichen Verbrechern und Gelegenheitsverbrechern, und die Auffassung aller Geisteskrankheiten als Gehirnkrankheiten, die von *Pinel* und *Esquirol* nicht mit dieser Klarheit ausgesprochen wurde. Die physiologischen Anschauungen *Galls* führten ihn zur Aufstellung seiner Organologie. Er nahm 27 geistige Grundkräfte mit bestimmtem Sitz an der Oberfläche der Hirnhemisphären an.

Der zweite Teil des Buches beschäftigt sich mit der Kritik, die *Gall* fand. Anfangs hatte *Gall* mehr Freunde als Gegner, bald aber fand er viel Widerspruch, und besonders durch *Flourens*, der ihn heftig bekämpfte, kam es zum Totschweigen *Galls*. Als *Broca* die Beziehungen der linken dritten Stirnwindung zu dem Sprachvermögen entdeckte, dachte niemand mehr an *Gall*, der doch schon das Wortgedächtnis und den Sprachsinn in die Stirnlappen hinter und über der Orbita verlegt hatte.

In einem Anhang teilt *Möbius* den Befund an dem Schädel seines Großvaters, des Mathematikers A. F. Möbius, mit. Das „mathematische Organ“ dieses Schädels ist in auffallender Weise entwickelt.

Tiling, Th., Individuelle Geistesartung und Geistesstörung. Heft 27 von „Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens“, Einzeldarstellungen, herausgegeben von *Loewenfeld* und *Kurella*. Wiesbaden, Bergmann. 59 S.

Die Gefühlssphäre ist bei allen geistigen Funktionen des Menschen der stärkere Faktor; sie trägt und leitet die Gedanken. Ein richtiges Verhältnis zwischen Gefühls- und Gedankenwelt ist Bedingung für das normale Leben und für hervorragende Leistungen. Verkümmern oder Überwiegen des einen Faktors ergibt Anomalien und Perversitäten. Alle sogenannten Charaktereigenschaften sind zusammengesetzt aus einer Summe von Gefühlen und Vorstellungen. Erst wenn sie ihrer Beziehung zu Ort, Zeit und persönlicher Entwicklung entkleidet sind, gelangt man zu wenigen Grundqualitäten der

Seele. Der natürlichen Beanlage des Individuums kommt der Hauptanteil an der Entstehung von Geistesstörungen zu. Die Gefühlswelt zeigt zuerst und am auffallendsten eine Abweichung. Die feiner organisierten Seiten des Gefühls, das Zartgefühl, der Takt im Betragen, die Peinlichkeit in Geld- und Ehrensachen, die Gewissenhaftigkeit in der Pflichterfüllung leiden bei der Entwicklung einer Geisteskrankheit früher und auffallender Schaden als die rein geistigen Funktionen, das Gedächtnis, der logische Apparat usw. Geistige Einzelleistungen gelingen oft noch recht gut. Die wirklichen Wurzeln und Anfänge von geistigen Störungen vermochten einzelne Autoren nur dann aufzudecken, wenn berühmte Männer erkrankt waren und in ihren eigenen Werken sowohl wie in ihren Biographien reichliches Material vorlag. In den gewöhnlichen Krankengeschichten und Schilderungen von Krankheitsformen fehlt diese Bekanntschaft mit den inneren Vorgängen vor der Erkrankung.

Möbius, P. J., Geschlecht und Unbescheidenheit. Halle, C. Marhold.

Möbius wendet sich heftig gegen *Otto Weininger*, dessen Buch „Geschlecht und Charakter“ ihm wie eine Karikatur seiner eigenen Arbeiten vorkommt. Am allerhärtesten beurteilt wird das 13. Kapitel: „Dieses Kapitel . . . handelt vom Judentum, d. h. W.“, der erklärt, er sei selbst Jude, schimpft unbändig auf das Judentum. Dem Juden wie dem Weibe fehle die Persönlichkeit, der Geist, „die kantische Vernunft“, der Jude sei kein Gentleman, sei ganz schamlos, usw. Inwieweit W. Unrecht hat, das habe ich nicht zu untersuchen, aber daß eine solche Prostitution ekelhaft ist, das weiß ich.“

Grisar, Ein Grundproblem aus Luthers Seelenleben. Vortrag auf der Generalversammlung der Görres-Gesellschaft am 5. Oktober 1905. Literarische Beilage der Kölnischen Volkszeitung. Nr. 40 u. 41.

Der Verf., ein Jesuit, kommt zu dem Schlusse, die Tätigkeit Luthers habe unter dem Einflusse einer anormalen Geistesrichtung gestanden, er habe an krankhaften Angstzuständen und Sinnestäuschungen gelitten, besonders an Teufelerscheinungen.

de Loosten, Jesus Christus vom Standpunkte des Psychiaters. Eine kritische Studie für Fachleute und gebildete Laien. Bamberg, Handelsdruckerei. 104 S. 2 M.

Der (warum?) pseudonyme Verf. kommt in seinen vollständig vorurteilsfreien Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Jesus wurde in der Zeit zwischen den Jahren 4 und 14 vor dem Beginne unserer Zeitrechnung zu Nazareth in Galiläa von einer Süd-Israelitin unehelich geboren. Wenn man die Behauptung des Talmud, der Vater Jesu sei der Soldat Panthera gewesen,

beachten will, so kann man annehmen, daß Jesus von väterlicher Seite vielleicht griechischer Abstammung war. Die Juden lebten damals in gespannter Erwartung eines Befreiers von der Fremdherrschaft der Römer. Daß ihr Gott Jahve die Knechtschaft seines Volkes dulde, erklärten sie durch ihre eigene Sündhaftigkeit. Die Predigt des Johannes „Tut Buße, denn das Himmelreich ist nahe herbeigekommen“ fiel bei ihnen auf fruchtbaren Boden. Unter dem Gottesreiche verstand man allgemein die Regierung, die Gott selbst nach Beseitigung der römischen Fremdherrschaft wieder übernehmen sollte. Als Jesus zwölf Jahre alt war, wurde er von seinen Eltern zum Passahfest nach Jerusalem mitgenommen und zeigte sich dort als frühreif, scharfsinnig und seinen Angehörigen gegenüber sehr selbstbewußt. Das Studium der heiligen Schriften brachte ihn zu der Überzeugung, daß die damals herrschende Deutung vollkommen falsch sei; er geriet in einen schroffen Gegensatz zu der herrschenden Priesterkaste. Zugleich entwickelte sich in ihm der Gedanke, daß die alten Verheißungen der Schrift eine besondere Beziehung zu seiner Person hätten. Als er, wie viele seiner Landsleute, sich von Johannes im Jordan taufen ließ, hatte er eine Sinnestäuschung, die ihn in dem Glauben an seine besonderen persönlichen Beziehungen zu Gott befestigte. Sein stark ausgeprägtes Selbstbewußtsein steigerte sich in langsamer Entwicklung bis zu einem fixierten Wahnsystem, dessen Einzelheiten durch die intensive religiöse Richtung der Zeit und seine einseitige Beschäftigung mit den Schriften des alten Testaments bestimmt waren. Begleitet war diese psychische Affektion von zahlreichen Halluzinationen, die sich auf mehreren Sinnesgebieten bewegten, und deren Eigenart sich stets nach dem Charakter seiner Wahnvorstellungen richtete. Sein endlicher Untergang wurde durch den unvermeidlichen Zusammenstoß zwischen Wahn und Wirklichkeit herbeigeführt und durch die Rücksichtslosigkeit beschleunigt, mit welcher er seine Ansprüche verfocht, besonders sein Auftreten im Tempel zu Jerusalem.

Schüle, Über die Frage des Heirathens von früher Geisteskranken.

II. (Geisteskrankheit und Ehe.) Anlegung der statistischen Tabellen über Erblichkeit. Klinische und biologische Fragestellungen. Genealogische Stammbäume von 20 zyklischen Geisteskranken (mit Tabelle). Vorschläge zur Prophylaxe. Mit 11 Tafeln. Berlin, G. Reimer. 46 S. Preis 1,20 M.

Von Illenau sind schon viele Arbeiten ausgegangen, welche die Lehren behandeln, die aus den Erfahrungen über die Vererbung der Geistesstörungen für die Praxis gewonnen werden können. Die vorliegende Schrift gibt eine Anleitung, die erblichen Verhältnisse eines Kranken in übersichtlicher Weise tabellarisch darzustellen. Unter den praktischen Vorschlägen zur Prophylaxe, um eine Verschlechterung der Rasse durch ein „wahl- und reflexionsloses Drauflosheiraten“ zu verhüten oder einzuschränken, wird in erster Linie die

Beihilfe des Staates verlangt. Da diese jedoch vorläufig noch nicht erwartet werden kann, muß zunächst durch Belehrung eine Verbesserung angestrebt werden.

Keller, Friedr., Beurlaubung von Industriearbeitern zur Beschäftigung in landwirtschaftlichen Betrieben unter Mitwirkung der sozialen Versicherungsanstalten. Ein Vorbeugungs- und Volks-Heilmittel gegen Nervenkrankheiten. Leipzig, Joh. Ambr. Barth. 56 S. 1,50 M.

Während die Zahl der Nervenleidenden in den weniger bemittelten Ständen sehr groß ist, geschieht bisher nur wenig zur Bekämpfung der Nervenleiden als Volkskrankheit. Volksheilstätten für Nervenranke sind notwendig, reichen aber nicht aus; es sind Vorbeugungs- und Heilmittel notwendig, die wenig Kosten verursachen und deshalb weiten Kreisen zugänglich sind. Vorübergehende zweckmäßige Beschäftigung in der Landwirtschaft erfüllt diese Ansprüche und kostet nichts.

Schaefer, Monumenta medica. Originalstellen über Medizin aus den alten Klassikern in deutscher Übersetzung. Kulturhistorisches Bild in launiger Darstellung. Hamburg, Gebrüder Lüdeking. 135 S. Preis 1,20 M., geb. 3 M.

Aus den griechischen und römischen Klassikern sind interessante Stellen, die sich auf die Medizin beziehen, ausgewählt, übersetzt, mit Stichworten versehen und nach diesen alphabetisch geordnet. In der Wahl der Überschriften kommt viel Humor zur Erscheinung. Die Psychiatrie ist, als das Spezialfach des Verf.s, bevorzugt. Die Arbeit ist sehr nützlich und wird vielen zeigen, wie nahe wir jetzt wieder der griechischen Auffassung in vielen Punkten stehen.

Freimann, Max, Über den physiologischen Stumpfsinn des Mannes. Berlin-Leipzig. Modernes Verlagsbureau Curt Wigand. 192 S.

Wie schon der Titel vermuten läßt, liegt eine temperamentvolle Erwiderung gegen *Moebius* vor. Man hat vielen Schriftstellern vorgeworfen, ihren Studien über „das Weib“ liege ein minderwertiges Material zugrunde. Derselbe Vorwurf kann der Verf. nicht erspart bleiben. Ihre Studien über die Liebe „des Mannes“ muß sie an ganz sonderbaren Exemplaren gemacht haben. Sie schreibt z. B. S. 152: „Der zivilisierte Mann sucht jedes Weib, das er irgendwo sieht, wenn es ihm d. h. seiner Sinnenlust gefällt, seinen Lüsten dienstbar zu machen, auch wenn es seine Belästigungen wiederholt abgewiesen hat“, S. 153: „Es ist in den anständigen Weiberkreisen noch viel zu wenig bekannt, daß fast jeder verheiratete Mann, abgesehen von seiner

„ehelichen Verpflichtung“, sich für verpflichtet hält, noch mindestens ein außereheliches Verhältnis aus „christlicher Nächstenliebe“ zu pflegen, daß er dazu noch hier und da einer fliegenden Venuspriesterin, die ihm gerade über den Weg gelaufen ist und sein wetterwendisches Interesse erregt hat, seine flatternde Gunst schenkt, nicht gerechnet all das Treiben, welches er sich auf Reisen und Ausflügen erlaubt, die er natürlich aus „Geschäfts- und Gesundheitsrücksichten“ unternehmen muß“ und S. 156: „Der moderne Mann ist so versumpft, daß er die geistige Liebe für ein Ding der Unmöglichkeit hält“. Ganz zutreffend ist dieses Bild „des Mannes“ doch wohl nicht. Von der wissenschaftlichen Medizin hält die Verf. nicht viel. Trotzdem wünscht sie, daß die Frauen Medizin studieren sollen. Das Impfen ist nach ihrer Meinung „eine zum Himmel schreiende Vergiftung“.

Peli, G., Sul modo d' esaminare un alienato. Bullettino delle Science Mediche di Bologna. Ser. 8. Vol. 4. Juni.

Zusammenfassende Anleitung, den Geisteszustand eines Kranken zu untersuchen. Von der körperlichen Untersuchung wird erklärt, sie unterscheide sich nicht von der Untersuchung körperlich Kranker.

Lehmann, A. R. H., Krankheit, Begabung, Verbrechen, ihre Ursachen und ihre Beziehungen zueinander. Berlin, Gnadenfeld & Co. 8°. 402 S.

Lehmann steht ganz auf dem Boden der Phrenologie *Galls*. Die 43 „Organe“ des Gehirnes werden durch die Ansammlung der Krankheitsstoffe beeinflusst. „Alle abnormen Leistungen des Gehirns, die erleuchtenden Blitze des Genies sowohl als auch die finsternen Taten des Verbrechers, sind veranlaßt durch Energieabgabe aus abgelagerten Krankheitsprodukten, die sich in der Nähe verschiedener und verschieden stark entwickelter Gehirnorgane, unter Beihilfe des übermäßig herangezogenen und andrängenden Blutes, chemisch zerlegen.“

Ebstein-Schwalbe, Handbuch der praktischen Medizin. 3. Band. Krankheiten des Nervensystems (mit Einschluß der Psychosen). Krankheiten der Bewegungsorgane. Zweite, vollständig umgearbeitete Auflage. Stuttgart, Enke. 923 S.

Die spezielle Psychiatrie ist von *Mendel* bearbeitet und umfaßt 141 Seiten, die Krankheiten des Gehirns einschließlich des verlängerten Markes von *Ziehen*, die Krankheiten des Rückenmarkes von *Obersteiner* und *Redlich*, die Erkrankungen im Bereiche der peripheren Nerven von *Edinger*, die allgemeinen Neurosen von *Redlich* und die funktionellen Sprachstörungen von *Ziehen*.

Bresler, Wie beginnen Geisteskrankheiten? Halle a. S., C. Marhold. 56 S. 1 M.

Die Neurasthenie geht selten in Geistesstörung über. Dagegen führt die nervöse Erschöpfung, die scharf von der Neurasthenie zu unterscheiden ist, häufig zu Geisteskrankheit. Am häufigsten sind die Erschöpfungspsychosen bei den Ehefrauen der ärmeren Volksklassen. Jede Geisteskrankheit beginnt mit körperlichen, speziell nervösen Symptomen, und keine Geisteskrankheit beginnt mit krankhaft heiterer Stimmung. Häufig läßt sich der Ausbruch der Krankheit durch frühzeitige Behandlung verhindern. Es ist deshalb dringend notwendig, daß Nervenheilstätten für Unbemittelte in größerer Zahl gegründet werden.

Gelpke, Kulturschäden oder die Zunahme der Nerven- und Geisteskrankheiten. Gemeinverständliche Hygiene des Nervenlebens. Basel, Benno Schwabe. 80 S. 1,60 M.

Gelpkes Preisschrift des Vereins Schweizer Irrenärzte lehrt in leicht verständlichen, sehr anschaulichen Worten die Gefahren, die das moderne Kulturleben dem Nervensystem bringt, kennen und vermeiden.

Drenkhahn, Die Nervosität in früheren Jahrhunderten und in unserer Zeit. Vortrag, gehalten in der Philomathie zu Glatz am 30. März 1905. München, Seitz & Schauer. 50 S.

In volkstümlicher Weise wird über die Nachrichten von Nervosität und Geistesstörung aus dem Altertum, von den Kinderkreuzzügen, der Tanzwut und anderen psychischen Epidemien des Mittelalters und über die nach weit verbreiteter Ansicht zunehmende Häufigkeit der Nervosität in der Neuzeit berichtet.

Fisher, E. D. and Brooks, H., Arteriosclerosis in its relation to diseases of the nervous system. The journ. of nerv. & ment. disease. May.

Fisher erörtert die auf Arteriosklerose beruhenden Erkrankungen, einerseits mit zu großer Sicherheit, denn der Ursprung in den Gefäßen ist für Dementia paralytica, Tabes, multiple Sklerose doch noch bestritten, andererseits nicht vollständig. Er empfiehlt Jodkali und auch in nichtsyphilitischen Fällen Hydr. bijodat. *Brooks* bespricht die Pathologie des Prozesses, nicht von neuen Gesichtspunkten aus, bringt aber die interessante Krankheitsgeschichte eines Falles von Arteriitis bei *Lyssa*. Sie fand sich fast ausschließlich in den feinsten Gefäßen und vorzugsweise in der Medulla.

Matusch.

Hoppe, H., Soul paralysis. The journ. of nerv. & ment. disease. March.

Die Symptome des Falles, die vier Wochen nach einem apoplektischen Anfall ohne Bewußtseinsverlust bei einer 47 jährigen Frau beobachtet wurden, waren sehr dem *Brunsschen* Falle von Seelenlähmung ähnlich, doch fehlte Hemianopsie. Der anfangs die rechte Hälfte betreffende Ausfall beschränkte sich jetzt in der Hauptsache auf den rechten Arm, der freiwillig und auf Befehl nicht bewegt werden konnte. Die Kranke konnte aber mit Fingern und Hand ausgiebige Bewegungen nachmachen, die ihr deutlich und wiederholt vorgezeigt wurden. Später war sie imstande, den Arm spontan zu heben, zu strecken und zu beugen, Hand und Finger konnte sie nur in der Form der Nachahmung bewegen, sie benutzte auch am Schluß der Beobachtung die Extremität unsicher, ungern und nur mit Willensanstrengung. Es bestand Asterionose, Verlust des Temperatur-, Muskel- und Lagesinns, Ataxie, Agraphie und Paraphasie. Das rechte Bein zeigte die gleichen Sensibilitätsstörungen wie der Arm, konnte aber spontan, wenn auch nicht zum Stehen und Gehen, benutzt werden, später war Gehen möglich, aber unsicher. *H.* erörtert das Wesen der Seelenlähmung bei gleichzeitiger Möglichkeit, gesehene Bewegungen nachzuahmen, an einem Schema und zieht zur Erklärung des Ausfalls der Assoziationen zwischen sensorischen Bahnen und den höchsten (Bewußtseins-) Zentren ihre Ausbildung im kindlichen Gehirn heran. *Matusch.*

Spiller, W. G., The importance in clinical diagnosis of paralysis of associated movements of the eyeballs (Blicklähmung) especially of upward and downward associated movements. The journ. of nerv. & ment. disease. July.

Dauernde Lähmung der assoziierten lateralen Bewegung zeigt eine Läsion des hinteren Längsbündels an, dauernde assoziierte Blicklähmung nach oben und unten Läsion in der Nachbarschaft des Okulomotoriuskernes, beides kommt nicht durch Lähmung extracerebraler Nerven zustande. Corticale Läsionen können assoziierte seitliche Lähmung verursachen, vielleicht auch Blicklähmung nach oben und unten, aber nur vorübergehend, falls nicht etwa die Läsion beiderseitig ist. Assoziierte Blicklähmung kann auf Hysterie beruhen. Wo das Symptom bei organischen Hirnerkrankungen erscheint, ist der Fall wegen des Sitzes nicht operierbar, es kann bei entzündlichen oder ähnlich wirkenden Läsionen (Syphilis, Alkohol) vorkommen wie bei Tumoren und im späteren Verlauf der Krankheit wieder verschwinden. Syphilitische Ependymitis und Zellinfiltration ist in allen Fällen von assoziierter Blicklähmung für die Diagnose der Läsion in Betracht zu ziehen. Eine Anzahl sorgfältig beobachteter Fälle beschließt die Arbeit.

Matusch.

Chase, R. H., Delusions of the insane. The journ. of nerv. & ment. disease. July.

Was Verf. über die Entstehung der Wahnvorstellungen aus Störungen des Gemeingefühls entwickelt, ist längst präziser gesagt. Bestreitbar ist seine Behauptung, daß die Wahnvorstellung nicht wechselt, sondern nur ihre Äußerungsform. *Matusch.*

Wherry, J. W., Is delusional insanity due to disease of the brain? The Alienist & Neurologist. February.

Unter delusional insanity versteht W. alle Formen von Psychosen, die ohne organischen Gehirnbefund verlaufen: Manie, Melancholie, manisch-depressives Irresein und Paranoia. Für diese Formen gilt ihm als Ursache „der abnorme Gefühlston, der aus Organempfindungen entsteht“, sie sind nicht Gehirnkrankheiten, sondern psychische Äußerung körperlicher Krankheit und deshalb, im Gegensatz zu den cerebralen Psychosen, heilbar.

Matusch.

Rich, H., A case of unusual sexual precocity. The Alienist & Neurologist. Novembre.

Ein noch nicht vier Jahre alter gut entwickelter Knabe. Masturbant. mit Zuständen, die Verdacht auf petit mal erwecken, spricht und handelt sexuell wie ein depravierter Erwachsener. Es fehlt, wie so oft in diesen Fällen, nicht die unverheiratete Tante als Objekt der sexuellen Angriffe.

Matusch.

6. Spezielle Pathologie und Therapie.

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

Bischoff, E., Über familiäre Geisteskrankheit. Jahrbuch für Psychiatrie und Neurologie. Bd. 26. 1906.

Es handelt sich um zwei Familien; in beiden besteht keine ausgesprochene Erbllichkeit; bei den in beiden Familien Erkrankten könnte auch von einer ev. Induktion keine Rede sein.

In der ersten Familie starben von den Kindern zwei im ersten Lebensjahr an Krämpfen; von den übrigen fünf Kindern ist eins gesund, vier befinden sich in der Irrenanstalt. Davon leiden zwei an Dementia praecox, eins an Melancholie, eins an angeborenem Schwachsinn. Alle vier Kinder haben Struma.

Von den Kindern der zweiten Familie erkrankten vier psychisch, und zwar an Verblödungsprozessen, zwei davon in leichterer Form.

Norý, Em., Folie gémellaire. Revue bohême de Neurol., Psychiatr. et de la thérapie physique et diététique. 1904. Prague.

Die beiden Zwillingsschwestern, erblich nicht belastet, erkrankten psychisch, die eine im 20. Lebensjahr an Manie, die andere im 22. Lebensjahr an Melancholie, beide unabhängig voneinander. Beide genesen wieder.

Boss, J., Erfahrungen über die Verwertbarkeit des Borneyal. Medizinische Klinik. 1905. Nr. 7.

Guttmann, J., Weitere Erfahrungen über die klinische Verwendbarkeit des Borneyal. Österreichische Ärzte-Zeitung. 1905. Nr. 9.

Schöffler, G., Zur Behandlung der Hysterie mit Borneyal. Deutsche Medizinal-Zeitung. 1905. Nr. 20.

Beerwald, K., Borneyal und seine Verwendung in der ärztlichen Praxis. Allgem. med. Zentral-Zeitung. 1905. Nr. 23.

Bianchini, L., Ricerche cliniche sul Borneyal come sedativo e ipnotico. Riforma Medica. 1905. Nr. 26.

Verf. sprechen sich durchweg günstig aus über den Wert des Borneyal; üble Nebenwirkungen werden kaum beobachtet; *Bianchini* lobt es namentlich bei Hysterie, manisch-depressivem Irresein, Herzneurose und Epilepsie. Es ändert zwar nicht die Frequenz der Krampfanfälle, wirkt aber sehr prompt bei den Erregungszuständen der Epileptiker.

Liebers, M., Beitrag zur Symptomatologie der Chorea chronica progressiva. Zentralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie. 1905. Nr. 122.

Ein Fall von *Huntingtonscher* Chorea ohne erbliche Belastung, doch erkrankte die Tochter der jetzt 50jährigen Kranken bereits an derselben Krankheit. Interessant ist der Fall durch eine bestehende rechtsseitige Hemiparese. Die Sprache ist völlig aufgehoben, die gesamte Muskulatur des Artikulationsapparates ist erkrankt.

Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias affins. Rio de Janeiro. 1905.

Das vorliegende erste Heft des von *Juliano Moreira* und *Afranio Peixoto* neugegründeten Archives bringt außer Originalartikeln über Paranoia, manisch-

depressives Irresein, einen Fall von Kleinhirntumor und Gesichtsfeldaufnahme während des epileptischen Anfalls. Auch beginnt hier die Übersetzung des Kapitels Paranoia des *Kraepelinschen* Handbuchs.

Kutner, R., Über den diagnostischen Wert der Lumbalpunktion für die Psychiatrie. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurol.* 1905. Dezember

Die Erfahrungen mit der Lumbalpunktion im städtischen Irrenhause in Breslau führen *K.* zu dem Schlusse, daß der Eingriff nicht immer ganz harmlos ist; es treten unter Umständen danach recht schwere Erscheinungen auf. Man soll daher die Punktion nur selten ausführen und sie auf die Fälle beschränken, wo trotz langer Beobachtung eine Differentialdiagnose, besonders gegenüber der Paralyse, nicht gestellt werden kann, oder wo äußere Verhältnisse zu einer raschen Entscheidung drängen. Bei einer großen Anzahl der punktierten Kranken fand sich in der Woche der Punktion eine Gewichtsabnahme von $\frac{1}{2}$ —3 kg.

Cramer und Többen, Beiträge zur Pathogenese der Chorea und der akuten infektiösen Prozesse des Zentralnervensystems. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurol.* 1905. Dezember

Zwei Fälle von Chorea. Beim ersten, in Genesung übergehenden Fall fanden sich Staphylokokken im Blut. Beim zweiten intra vitam im Blute und post mortem im Blute, Gehirn und Peritonäalflüssigkeit Streptokokken.

Fischer, E. und von Mering, Über Proponal, ein Homologes des Veronal. *Medizinische Klinik.* 1905. Nr. 52.

Das Proponal (Dipropylkarbitursäure) ist mit Veronal verwandt und löst sich in ungefähr 70 Teilen kochenden Wassers. Die Versuche bei einfacher Schlaflosigkeit in 20 Fällen fielen recht gut aus; nach Dosen von 0,15—0,5 trat nach 15—40 Minuten Schlaf ein, der 6—9 Stunden anhielt. Keine Nebenwirkungen. Auch wo die Schlaflosigkeit durch Schmerzen bedingt ist, half das Mittel. Es wird am besten in Pulverform genommen.

Blake, Edward, General Antisepsis in the Treatment of Neuro-psychosis. *The Journal of Mental sc.* 1905. July.

Ein Fall von Katatonie und ein Fall von Manie bei Epilepsie, beide nach monatelanger Dauer, heilen nach Entfernung von Hautausschlag und namentlich Cervikalgeschwüren. *B.* rät dringend bei allen Geisteskranken, um eine Selbstinfektion zu vermeiden, alles was an äußerer Haut, Schleimhäuten, Darm, Urogenitalkanal nicht normal ist, zu entfernen.

Alexander, M., A note on Veronal as an Hypnotic and Sedative in Mental Affections. The Journal of Mental sc. 1905. January.

A. ist sehr begeistert für das Veronal, namentlich bei Melancholie, auch bei Delirium tremens, bei Manie mit motorischer Unruhe usw. Keine üblen Nebenerscheinungen. In einem Fall trat ein roseolaartiger Ausschlag auf Gesicht und Brust auf.

Steen, Mental Disease with Exophthalmic Goitre. The Journal of Mental sc. 1905. January.

St. bringt fünf Fälle bei. Es handelt sich in allen mehr oder weniger um agitierte Melancholie, mit meist sehr heftigen Sinnestäuschungen. Schluß Genesung. Bei der Therapie Suprarenal-Extrakt.

McConaghey, Adolescent Insanity: A Protest against the Use of the Term „Dementia praecox“. The Journal of mental sc. 1905. April.

Verf. verfügt über 192 Fälle, deren Beginn in 18,3 % unter dem 20. Jahr, in 36 % bis zum 25. und in 47,3 % bis zum 30. Jahr stattfand. Erblichkeit ist in den Fällen der ersten Periode meist vorhanden, selten in der zweiten. Verf. ist gegen die Benennung *Kraepelins*. Er schlägt Adolescent Insanity vor mit folgenden Gruppen: simple, delusional, Katatonie. 53,1 % genasen im ganzen, bei type simple 75,8, delusional 47,6 und 36,9 % in Katatonie. Von 28 Todesfällen fielen 23 auf Lungenleiden, darunter 18 Tuberkulose. 15 Todesfälle fielen auf die katatonische, 10 auf die delusionale Gruppe. Von besonderer Therapie will M. nichts gesehen haben. Dringend ist großer Gebrauch der frischen Luft. Bettruhe nur bei den akuten Erscheinungen. Die Sektionen ergaben nichts von seiten des Gehirns.

Gudden, H., Die physiologische und pathologische Schlaftrunkenheit. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 40. 1905.

Unter Anführung von 19 Krankengeschichten teilt G. die hierher gehörige Kasuistik in vier Gruppen: Die physiologische und affektive Schlaftrunkenheit, die Traumtrunkenheit und die alkoholische Schlaftrunkenheit. Die zweite Gruppe stellt den Übergang zur krankhaften Schlaftrunkenheit dar. Die dritte Gruppe ist bereits entschieden krankhaft. Es handelt sich dabei um mehr oder weniger belastete Individuen mit dauernder gemüthlicher Reizbarkeit und habitueller Neigung zu schreckhaft ängstlichen Träumen. Während beim gewöhnlichen Erwachen die Besonnenheit und Aktionsfähigkeit ganz

oder nahezu gleichzeitig zurückkehren, finden wir in der Schlaftrunkenheit eine deutliche Störung dieses Vorganges, bald kehrt die Besonnenheit später zurück als die Aktionsfähigkeit, bald umgekehrt.

Frenkel-Heiden, Zur Kenntnis der Psychosen nach Erysipel. Monatsschrift für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1905. November.

Nur Erysipel des Kopfes und Gesichtes scheint Psychosen hervorzurufen, wenigstens bringt die Literatur keine Beispiele, daß Erysipel anderer Körperstellen die Ursache sein kann. Die durch das Erysipel verursachte Störung der Zirkulation und des vasomotorische Gleichgewichts scheint die Psychose zu verursachen. Die von *Fr.* beigebrachten vier Krankengeschichten gehören zur Gruppe der akuten halluzinatorischen Paranoia oder Amentia. Es bestand Verwirrtheit, Halluzinationen, Wahnideen, motorischer Drang usw.

Fuhrmann, M., Über akute juvenile Verblödung. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 40. 1905.

F. gibt hier drei Krankenberichte, die man heute zur Klasse der Dementia praecox paranoides rechnen müßte. Die Krankheit tritt akut auf, das Initialstadium gleicht dem Delirium tremens oder der akuten Halluzinose der Trinker. Die Kranken selbst haben nicht getrunken, wohl aber ihre Väter. Es fehlen im weiteren die Manieren und Stereotypien, die hypochondrischen Wahnideen, die katatonischen Symptome usw. Die Kranken verblöden. Das alkoholische Gepräge schiebt *F.* auf die Trunksucht der Eltern. Er schlägt die Bezeichnung: Akute juvenile Verblödung vor.

Pollitz, Einzelhaft und Geistesstörung. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1905. Nr. 22.

Unter 100 Geisteskranken, die der Irrenabteilung in Münster überwiesen wurden, waren 64, die ihre Strafe in Einzelhaft verbüßt hatten. Darunter waren aber nur acht bis neun, wo Auftreten, Verlauf und Form der Krankheit mit einiger Berechtigung mit dem Strafvollzug in Konnex gebracht und der Einzelhaft ein gewisser Anteil am Ausbruche der Krankheit zugesprochen werden durfte. Die meisten derartigen Kranken sind erblich belastet und abnorm. *P.* spricht sich gegen Deportation aus.

Podestà, Häufigkeit und Ursachen seelischer Erkrankungen in der deutschen Marine unter Vergleich mit der Statistik der Armee. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 40. 1905.

Verf. macht unter Beibringung eines großen Materials auf die vielen Unterschiede aufmerksam, welche zwischen Marine und Heer in bezug auf

psychiatrische Dinge bestehen. Der auf dem Lande befindliche Marineteil nähert sich schon mehr den Verhältnissen der Armee. In betreff der Einzelheiten kann hier nur auf die Arbeit selbst verwiesen werden. Während z. B. Selbstmorde bei der Armee häufiger im Anfang der Dienstzeit vorkommen, beobachtet man sie bei der Marine noch in späterer Zeit. Beide Wehr-gattungen gleichen sich darin, daß es sich in der großen Mehrzahl der Fälle um die Schwachsinnszustände der verschiedensten Art handelt.

Dobrschansky, M., Seekrankheit als Ursache akuter Geistesstörung.
Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Nov. 1905.

Die 25jährige Kranke hatte einen heftigen Anfall von Seekrankheit und daran anschließend eine akute halluzinatorische Verwirrtheit, die im Verlaufe von Monaten ganz allmählich in typischer Weise abklang.

Würth, Über Trichophytie und andere Nebenwirkungen der Dauerbäder. Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift. 1905. Nr. 31.

W. erlebte drei Todesfälle in unmittelbarem Anschluß an Dauerbäder. Mehrfach kamen Klagen über quälendes Brennen der Handflächen und Fußsohlen. Es tritt in einzelnen Fällen Decubitus auf, chronische Mittelohreiterungen werden stärker, ebenso Furunkulosis. Ausführlicher schildert dann W. ein epidemisches Auftreten des Trichophytonpilzes, ca. 150 Männer waren infiziert. Die Krankheit trat in den verschiedensten Formen auf.

Tetzner, R., Tod durch gehäufte Krampfanfälle bei Katatonie.
Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. 1905. Nr. 24 u. 25.

Es handelt sich um eine 32jährige Person, die nach mehrjährigem Kranksein in den letzten Lebenstagen weit über 100 epileptiforme Krampfanfälle hatte mit clonisch-tonischen allgemeinen Muskelkrämpfen, lichtstarrten weiten Pupillen, Bewußtlosigkeit usw. Nach zwei Tagen Exitus letalis.

Foerster, R., Über perkutane Wirkung eines Schlafmittels (Isopral),
Münch. Mediz. Wochenschr. 1905. Nr. 20.

F. machte seine Versuche mit einer Lösung von Isopral 30, Ol. Ricini, Alkohol abs. ää 10. Er ließ 1—5 g des Präparates auf den Oberarm oder den Oberschenkel einreiben. Dosen unter 2—3 g hatten keine Wirkung. Über 5 g ist er nicht gestiegen. Die Versuche wurden an 38 Personen, meistens Weibern, gemacht. In einem Drittel der Fälle trat deutliche sedative oder hypnotische Wirkung ein, in einem weiteren Drittel war der Erfolg wenig ausgesprochen, beim Rest war der Erfolg negativ. Üble Nebenwirkungen traten nicht ein.

Wassermeyer, Beitrag zur Wirkung des Schlafmittels Isopral. Berl. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 37.

Nach seinen Versuchen in der *Siemerlingschen* Klinik kommt W. zu dem Schluß, daß das Isopral sehr wohl neben den schon bekannten Schlafmitteln Beachtung verdient; es stehe dem Veronal in gleicher Menge etwas nach, dem Trional zum mindesten gleich. Keine üblen Nebenwirkungen.

Weifenbach, Über Neuronal und seine Brauchbarkeit in der Irrenanstalt. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Februar 1905.

Nach den Versuchen in der Landesirrenanstalt Philippshospital ist das Neuronal in Dosen von 1—2 g ein recht brauchbares Hypnotikum bei einfacher Schlaflosigkeit und bei Erregungszuständen Geisteskranker. Auch als Sedativum tut es recht gute Dienste. Doch tritt ziemlich rasch Angewöhnung ein. Das Mittel steht im übrigen nicht höher als andere Beruhigungsmittel, namentlich Trional und Veronal.

Klieneberger, L., Über Veronal. Münch. Mediz. Wochenschr. 1905. Nr. 32.

Verf. rät Veronal 0,25 zu geben, etwa dreimal täglich; die Wirkung sei besser als bei 0,5. Nach größeren Dosen fand er häufig Gliederschwere. Schlafsucht und Benommenheit. Er teilt dann einen Fall von Veronalvergiftung mit. Das betr. Mädchen erhielt 0,5 g. Danach trat Erbrechen auf. Doppeltsehen, Müdigkeit, Schwindel, taumeliger Gang, träge Pupillenreaktion. lallende Sprache.

Weber, W., Über posttraumatische Psychosen. Deutsche Mediz. Wochenschr. 1905. Nr. 30.

Fünf kurze Krankenberichte. Streng wissenschaftlich läßt sich der Begriff einer traumatischen Psychose als ein ätiologisch, in Symptomen und Verlauf einheitliches und fest bestimmtes Krankheitsbild nicht aufrecht erhalten, — doch zeigt die praktische Erfahrung, daß für eine Reihe von posttraumatischen Geistesstörungen ein enger ätiologischer Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose angenommen werden darf. Hierher gehören die nach Trauma eintretenden und foudroyant verlaufenden Paralyse. Bei funktionellen Psychosen ist ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Trauma namentlich dann anzunehmen, wenn sie neben den ihm sonst eigenen Symptomen die Erscheinungen der Depression und Angst, der assoziativen und motorischen Hemmung oder der katonen Bewegungsstörungen aufweisen. Die Psychose muß entweder bald nach dem Trauma eintreten oder durch eine Prodromalzeit, in der das psychische Verhalten des Betroffenen schon

verändert ist, mit ihm zusammenhängen. Häufig entwickelt sich die post-traumatische Psychose auf dem Boden einer durch Belastung oder früheren Erkrankung herabgesetzten Widerstandsfähigkeit.

Donath, J., Zur Psychopathologie der sexuellen Persionen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1905. Bd. 40.

Es handelt sich um eine Mischform von ideellem Masochismus mit Sadismus. — Sadismus ist eine krankhafte Übertreibung des männlichen Charakters, der Masochismus übertreibt weibliche Charakterzüge. Bei beiden ist der Schmerz das Wesentliche.

Lichtheim, Über Kleinhirnzysten. Deutsche Mediz. Wochenschr. 1905. Nr. 28.

Zwei Fälle von Kleinhirnzysten, wo mit Hilfe der Hirnpunktionen frühzeitig Art und Sitz des Leidens festgestellt werden konnte. Nach Operation beinahe völlige Heilung.

Kleist, K., Über Leitungsaphasie. Monatsschr. für Psychiatr. u. Neurol. Juniheft 1905.

Eine ausführliche Besprechung eines Falles von Leitungsaphasie im Sinne von *Wernicke*.

Lewandowsky, M., Fall von Ponsher. Monatsschr. für Psychiatr. u. Neurol. Juniheft 1905.

Bei einem 84jährigen Manne bildet sich allmählich ohne Bewußtseinsverlust in den letzten drei Lebensmonaten eine totale rechtsseitige Hemiplegie, ohne alle Sensibilitätsstörungen, auch der stereoskopische Sinn blieb intakt. Reflexe gesteigert. Bei der Sektion fand sich ein Erweichungsherd, der etwa das mittlere Drittel der rocaudalen Ausdehnung der Pars basil. pontis einnahm und den gesamten Pedunculus cerebri bzw. die gesamte die Pars basil. pontis durchziehende Längsfasermasse einschließlich der Pyramiden zerstört hatte.

Gierlich, Über periodische Paranoia und die Entstehung der paranoischen Wahnideen. Archiv für Psych. Bd. 40. 1905.

Verf. gibt einige sehr interessante Krankengeschichten, in denen ohne melancholische oder maniakalische Gefühlsstörungen, ohne Halluzinationen oder Illusionen, nach länger dauernden neurasthenischen Beschwerden systematisierte Wahnideen auftreten, Beziehungs-, Verfolgungs- resp. Eifersuchts-wahn. Es tritt bald vollständige Genesung mit völliger Krankheitseinsicht

h*

ein, doch wiederholen sich diese Zustände periodisch. Auf G.s psychologische Analyse kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Er will sich keiner der beiden Gruppen anschließen, die über die Entstehung der Wahnbildung in der Paranoia sich heute bekämpfen. „Es wird in dieser Frage wohl in der Mittellinie das Richtige zu suchen sein.“

Raebiger, A., Zur Kasuistik der Nervenkrankheiten nach elektrischem Trauma. Deutsche Mediz. Wochenschr. 1905. Nr. 22.

Vier Krankengeschichten, Mischformen von Hysterie, Neurasthenie. Hypochondrie und einfachen Psychosen. Eine wesentliche Besserung tritt nur selten ein.

Higier, H., Zur Wirkung des Hyoscins in der neurologisch-psychiatrischen Praxis. Neurolog. Zentralblatt. 1905. Nr. 10.

H. ist sehr zufrieden mit der sedativen Wirkung des Hyoscin bei Paralysis agitans, Parquinsonschem Schütteltremor, Chorea. Bei Alkoholismus chron. und Dipsomanie sah er keine Wirkung, mehr bei Morphinismus. Das prophylaktische Verabreichen von Hyoscin bei periodischer Manie und manisch-depressivem Irrsinn blieb ohne Erfolg, gut wirkte es bei schweren Fällen von fortwährender maniakalischer Exaltation. H. rät zu kleinen Dosen; bei größeren Dosen sah er häufig unangenehme Nebenwirkungen. Kontraindiziert ist das Mittel bei jungen Kindern und bei Erkrankungen des Herz- und Gefäßsystems.

Steiner, G., Zur Ätiologie der Dementia praecox. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1905. Nr. 8.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß man nicht so selten bei Dementia praecox in der Anamneseluetische Affektionen nachweisen kann. Er hat unter 25 Fällen von Dementia praecox viermal Lues nachgewiesen. Die betreffenden Krankengeschichten fügt er bei.

Weygandt, Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien. Halle a. S., Verlag von C. Marhold. 1905. 102 S.

W. gibt eine ausführliche Schilderung der Epidemien in Trennfeld im Jahre 1902 und in Strahlungen 1895 mit sehr interessanten psychologischen Erörterungen. Er ist der Meinung, daß die reine psychische Infektion sehr selten ist, — denn er rechnet nur die Fälle dahin, wo die Frage: Wäre der Kranke B ohne den Einfluß des Kranken A zweifellos geistig gesund geblieben, — bejaht wird. Viel bedeutsamer ist der von einem Geisteskranken ausgehende psychopathologische Einfluß auf geistig Gesunde, ohne daß dann diese gerade geisteskrank im klinischen Sinne werden. Bei jeder

Epidemie gibt es zahlreiche solche Personen, die nicht direkt erkranken, aber doch einzelne Züge der Geisteskranken annehmen, von denen sie unter ruhigen Umständen durchaus verschont geblieben wären.

D'Allonnes et Juquelier, Délire de persécution à trois. Journ. de Psychol. norm. et pathol. 1905.

Es handelt sich um Eltern und Tochter. Die Krankheit entsteht zunächst beim willensschwachen Vater, geht dann über auf die Mutter, welche im Hause das Regiment führt, die dann auch den weiteren Ausbau der Krankheit übernimmt und schließlich, um ihren Verfolgern zu entgehen, durch Selbstmord endigt. Die 18jährige Tochter, bisher geistig frisch und gesund, übernimmt die Krankheit der Eltern, bringt ihrerseits neue Wahnideen bei, und schließt sich schließlich 18 Monate ins elterliche Haus ein. — Nach dem Tode der Mutter Überführung der Tochter ins Irrenhaus, wo es ihr allmählich besser geht.

Hartenberg, La détresse des Psychasthéniques. Journ. de Psychol. norm. et pathol. 1905.

H. macht auf das unмотivіerte, krankhafte Gefühl der gänzlichen Verlassenheit aufmerksam, das sich mit Vorliebe bei Leuten der Großstadt findet, die infolge von Überreizung durch Genüsse aller Art nervös und psychisch völlig erschöpft sind, die dann zu jedem energischen Schritt und Sichaufraffen unfähig, untätig jammernd daliegen, über große Verlassenheit klagen, überall Hilfe suchen und dergleichen. Das Gefühl findet sich in gleicher Weise bei Schiffbrüchigen, die ohne Mast und Steuer auf weitem Meere hilflos umhertreiben. Es findet sich bei Melancholie und anderen ähnlichen Zuständen nicht. Diese *Détresse* schwindet erst nach Heilung der übrigen psychisch-nervösen Krankheitszustände.

Sérieux et Alignot, Cas d'amnésie rétro-antérograde consecutive à la pendaison. Journ. de Psychol. norm. et pathol. 1905.

Der 49jährige Kranke erhängt sich nach dem Mittagessen, wird abgesehnitten, hat Krämpfe, dann ein Koma bis zum folgenden Tag. Die Amnesie erstreckt sich dann zurück bis zur Einladung zum Essen; einige Erinnerungen waren geblieben. Die ganze Erinnerung kehrte auch später nicht wieder. Auffallend war in dem Fall, daß auch für die Zeit nach dem Koma die Erinnerung lückenhaft blieb, wenigstens monatelang, solange der Fall beobachtet wurde. Gewisse Sachen konnte Patient nicht behalten, so z. B., daß er bereits eine Eingabe gemacht, daß er dem Nebenvillan seinen Besuch abgestattet hatte und anderes.

Bleibtreu, C., Erfahrungen über die Anwendung des Neuronal.
Münch. Mediz. Wochenschr. Nr. 15. 1905.

Bl. ist mit der hypnotischen Wirkung des Neuronal im ganzen zufrieden, als Sedativum ist seine Wirkung unsicherer. Gute Erfolge sah er auch bei Chorea minor und posthemiplegischer Chorea. Üble Nebenwirkungen hat er nicht gesehen.

Bresler, Neuronal. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1905. Nr. 17 und 18.

B. bezeichnet das Neuronal als ein sehr brauchbares Hypnoticum. kumulative Eigenschaft kommt ihm nicht zu.

Mohr, Fr., Zur Behandlung der Aphasie, mit besonderer Berücksichtigung des Agrammatismus. Archiv für Psych. u. Neurol. Bd. 39. 1905.

M. weist mit Recht darauf hin, daß über dem Studium der Ursachen des Sitzes usw. der Aphasie, man bisher keine Zeit gefunden hat, der Behandlung der Krankheit sich zu widmen. Auf die ausführliche Anleitung *Mohrs* kann hier nicht näher eingegangen werden. Wie er selbst sagt, ist die Aufgabe meist eine recht schwere, doch, systematisch durchgeführt, auch dankbare.

Schmaltz, Über familiären Tremor. Münch. Medizin. Wochenschr. Nr. 14. 1905.

Sch. berichtet hier ausführlich über drei Familien mit Tremor essentialis. In der ersten Familie fand er in vier Generationen 13 Zitterer, in der zweiten in zwei Generationen vier und in der dritten zitterten drei Kognaten derselben Generation.

Flatau, G., Über die Rückbildung der Stauungspapille bei Hirntumor. Münch. Medizin. Wochenschr. Nr. 14. 1905.

Es handelt sich um ein 16jähriges Mädchen mit Kleinhirntumor. Beiderseits exzessive Stauungspapille mit Blutungen und Exsudation. *F.* beobachtete die Kranke ungefähr ein Jahr. Unter lange fortgesetzter Quecksilberbehandlung und bei siebenmal wiederholter Lumbalpunktion bildete sich die Stauungspapille eine zeitlang völlig zurück. Dabei schwanden die allgemeinen Beschwerden so erheblich, daß Patientin monatelang beschwerdefrei war. Die Sektion ergab einen Tumor in der linken Kleinhirnhemisphäre. *F.* erklärt die Rückbildung der Stauungspapille durch die Lumbalpunktionen.

Bornstein, M., Tabes dorsalis und Psychose. Monatsschrift für Psych. u. Neurologie. XVII. Ergänzungsheft, 1905.

Bei dem 33jährigen Manne traten etwa drei Monate nach Auftreten der ersten tabischen Symptome die psychischen Störungen auf. Dieselben bestanden in Erregtheit, Desorientiertheit und Halluzinationen, die einige Stunden anhielten, und dann alle drei bis vier Wochen wiederkehrten. Es bestand Sehnervenatrophie. — Es gibt keine tabische Psychose. Meist findet man bei den funktionellen Psychosen in Verbindung mit Tabes Halluzinationen, die ihren Ursprung entweder in der Sehnervenatrophie oder in den Sensationen der Tabiker haben.

Schott, A., Klinischer Beitrag zur Lehre von der Dementia praecox *Kraepelin*. Monatsschrift für Psych. u. Neurol. Bd. XVII, Ergänzungsheft. 1905.

Es werden 24 Krankengeschichten vorgeführt mit der außerhalb der Anstalt gestellten Diagnose, — wo sich später herausstellte, daß es sich um Dementia praecox gehandelt hatte. In 52% der Fälle bestand erbliche Belastung. 28% hatten schlecht gelernt, 40% wurden als gute oder sehr gute Schüler bezeichnet. 28% waren von Jugend auf still und verschlossen.

Auerbach, S., Traumatische Neurose und Sprachstörung. Monatsschrift für Psychiat. und Neurol. Bd. XVII, Ergänzungsheft. 1905.

Der 30jährige Kranke fiel auf den Kopf mit nachfolgender Bewußtlosigkeit. Im Anschluß daran allerlei subjektive Beschwerden von seiten des Kopfes, allgemeine Abmagerung. Objektiv nichts nachweisbar. Die Beschwerden dauern fort. Etwa drei Jahre nach dem Unfall, nach einer mit Erfolg durchgeführten Rentenklage, wird eine Sprachstörung konstatiert in Form des Stotterns, die seit einem halben Jahre besteht und höchst wahrscheinlich hysterischer Natur ist. Simulation ist ausgeschlossen.

Boege, Ein Fall von *Cysticercus racemosus* des Gehirns und Rückenmarkes. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1905. Nr. 52.

Der 55jährige Mann litt seit drei Jahren an heftigen Kopfschmerzen, seit etwa zwei Jahren an Schwindel, daß er schließlich nicht mehr gehen konnte. Merkfähigkeit, Erinnerungsvermögen und Sehkraft nahmen ab, daß er nur noch hell und dunkel unterscheiden konnte. Sehr bald Ohnmachtsanfälle, später epileptische Anfälle, welche oft auf die linke Körperhälfte beschränkt blieben. Keine Charakterveränderung, Tod etwa drei Jahre nach Beginn des Leidens. Bei der Sektion fanden sich *Cysticercus*blasen in der Arachnoidea der Hirnbasis und des Rückenmarkes. Eine Blase saß über dem Chiasma nerv. opticum.

Alter, W., Zur Kasuistik über das Veronal. Münch. Medizin. Wochenschr. 1905. Nr. 11.

Ein 31jähriger tuberkulöser Paranoiker klagt nach 1 g Veronal über Kopfweh, Übelkeit, neuralgische Beschwerden und unbehagliche Wallungen. Später Hämoptyse. — Eine ältere Epileptika hat nach 1 g keuchenden Atem, ähnlich dem *Cheyne-Stokesschen* Typus, lichtstarre Pupillen, Kornealreflex kaum angedeutet, kein Gaumen- und Patellarreflex, kein *Babinski*. Dabei sehr hohe Temperaturen, schlaffe Extremitäten. Nach 24 Stunden Exitus letalis. Im dritten Fall handelt es sich um eine 60jährige schwer nervöse Frau mit Arteriosklerose und Schrumpfnieren. Nach 1 g Veronal per rectum zweistündiger Schlaf. Danach starke Kopfschmerzen, Übelkeit, Herzklopfen, stürmische Kongestionen, unregelmäßiger Puls, kalte Extremitäten. Reflexe nicht geändert. Dabei Sehen von Mäusen, Fliegen und anderen kleinen Tiere. Nach einigen Stunden Schwinden der Symptome.

L'Hoest, L., Über Veronal. Die Heilkunde. August 1905.

Verf. sah bei Geisteskranken in 90% der Fälle Erfolg nach Veronal. Keine üblen Nebenwirkungen.

Rottenstein, S., Ein schwerer Fall von Tetanus. Münch. Medizin. Wochenschr. 1905. Nr. 3.

Bei dem 13jährigen Mädchen trat zehn Tage nach einer oberflächlichen Verletzung bei Gartenarbeit ein schwerer Tetanus auf, der durch Antitoxin nicht beeinflusst wurde. Sehr große Dosen von Narcoticis, namentlich von Chloral, führten schließlich zur Heilung.

Maas, K., Ein Fall von Lyssa humana. Münch. Medizin. Wochenschrift. 1905. Nr. 3.

Bei dem sechsjährigen Kinde trat drei Wochen nach einem unbedeutenden Hundebiß die Lyssa auf und führte innerhalb dreier Tage zum Tode. Die Sektion ergab im Rückenmark zellige Infiltration. In der grauen Substanz Nervenzellendegeneration. Die Oblongata lebhaft infiltriert. Pons. Basalganglien zeigen im wesentlichen nur Zellinfiltration; Ganglion Gasseri und coeliacum verschiedene Arten von Nervenzellendegeneration.

Weyrauch, W., Über Chorea chronica progressiva. Münch. Medizin. Wochenschr. 1905. Nr. 6.

Verf. beschreibt eine ausgesprochene Chorea-familie. In drei aufeinander folgenden Generationen sind nicht weniger als acht oder neun ausgeprägte Fälle von Chorea. Bei allen soll eine meist beträchtliche Geisteschwäche bestanden haben. Das Leiden trat zwischen dem 30. und 43. Lebensjahre auf.

Siefert, Ein Beitrag zur Paranoiafrage. Archiv für Psych. u. Neurol. Band 39. 1905.

An der Hand der Krankengeschichte eines 46 jährigen höheren Justizbeamten, der erst lange Zeit hypochondrisch-melancholisch war, ausgesprochene Kleinheits- und Versündigungsideen, dann aber ausgesprochene Verfolgungs- und Größenideen äußerte, kommt *S.* zu dem Schlusse, daß melancholische und paranoische Erkrankungen total differente psychotische Prozesse ohne Übergänge und ohne Berührungen sind. Der Begriff der sekundären Paranoia stellt ein falsches Kunstprodukt der Reflexion dar.

Raecke, Zur Abgrenzung der chronischen Alkoholparanoia. Archiv für Psych. u. Neurol. Band 39. 1905.

Unter Beibringung von fünf Krankengeschichten beweist *R.*, daß es eine chronische Alkoholparanoia gibt, die sich auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entwickelt, entweder primär oder im direkten Anschluß an ein Delirium tremens, resp. an einen akuten halluzinatorischen Wahnsinn. Diese chronische Alkoholparanoia unterscheidet sich klinisch von der klassischen Verrücktheit lediglich durch einzelne unwesentliche Züge, die auf den zugrunde liegenden Alkoholismus zurückzuführen sind. Die Prognose ist infaust, auch bei völliger Abstinenz. Eigentliche Verblödung tritt nicht auf. Die chronische Alkoholparanoia ist strenge abzutrennen von den transitorischen paranoiden Erregungen und von den terminalen Schwächezuständen im Sinne *Kraepelins*.

Vorkastner, W., Über pseudomelancholische Zustände. Monatsschrift für Psych. u. Neurol. Februar 1905.

V. lenkt hier, unter Beibringung von acht Krankengeschichten, die Aufmerksamkeit auf mehr oder weniger lange melancholische Stadien, die einer anderen Psychose vorausgehen oder auch nachfolgen können. Im besonderen holt er seine Beispiele aus dem Gebiete der Paranoia.

Perusini, G., Über einen Fall von Sklerosis tuberosa hypertrophica. Istioatipia corticale disseminata von Pellizzi. Monatsschrift für Psych. und Neurol. Februar 1905.

P. berichtet kurz über einen hierhergehörigen Fall aus der Irrenanstalt in Rom. Es handelt sich um einen 12jährigen Knaben, der das Bild einer ausgeprägten Idiotie bot und an zahlreichen epileptischen Anfällen litt. Die Beobachtung in der Klinik war eine sehr kurze, da der Tod bald eintrat. *P.* gibt dann einen ausführlichen pathologisch-anatomischen Bericht.

Barret, Albert M., A study of mental diseases associated with cerebral Arterio-Sclerosis. American journal of insanity. July 1905.

Verf. bespricht auf Grund mehrerer einschlägigen Fälle die klinisch und pathologisch-anatomischen Befunde bei den auf arteriosklerotischer Basis entstandenen Seelenstörungen; auch die wichtigsten differentialdiagnostischen Punkte werden erwähnt. Im übrigen bringt die Arbeit nichts Bemerkenswertes.

Behr-Lüneburg.

Colin, Les aliénés difficiles. Revue de psychiatrie. März 1904.

Verf. behandelt die Unterbringung einer gewissen Kategorie von Geisteskranken, die er als *Aliénés difficiles* bezeichnet. Es handelt sich dabei nicht etwa um solche Geisteskranken, die mehr oder weniger schwere Verbrechen, wie Mord, Notzucht und dergl. begangen haben, um die *Aliénés criminels*, er versteht vielmehr darunter die große Zahl der Kranken, die, häufig ohne irgendwie mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten zu sein, durch ihre unangenehmen Angewohnheiten zu einer unerträglichen Plage für die Irrenanstalten werden. Er rechnet hierher einmal die *Déséquilibrés* (Hysterische, Epileptiker, moralisch Schwachsinnige), die durch ihre Disziplinlosigkeit, ihre schlechten Gewohnheiten, ihre Neigung zum Hetzen, Komplottieren und durch Tätlichkeiten ein Schrecken für das Personal und die ruhigen Kranken bilden: es gehören ferner hierher gewisse „Parasiten, Rückfällige, Ausbeuter der Anstalten“, wie er sie mit *Legrain* nennt, gewohnheitsmäßige Trinker, die in einer vorhergegangenen alkoholischen Geistesstörung die Entschuldigung für ihre Strafhandlungen und ein Mittel suchen, um den Existenzschwierigkeiten zu entgehen. Unter beiden Kategorien finden sich intelligente Individuen, alle zeichnen sich aber durch ihre Trägheit aus, sie betrachten die Anstalt mehr als Herberge. Werden sie meistens auf ihr eigenes Drängen hin entlassen mit einer Unterstützung durch Geld oder Kleider, so vertrinken sie das meist schnell und kehren dann freiwillig oder unfreiwillig in die Anstalt zurück. *Colin* erwähnt vier Fälle, die zum 9. resp. 22., 23. und in einem Falle sogar zum 55. Mal aufgenommen wurden. Meistens handelt es sich um Männer, doch stellen auch die Prostituierten und die imbezillen Frauen ein großes Kontingent.

Verf. vertritt die Ansicht, daß für diese *Aliénés difficiles* besondere Häuser im Anschluß an die bestehenden Anstalten erbaut werden sollten. Es müßte dabei auf eine möglichst scharfe Trennung der Kranken gesehen werden, um Komplotte zu vermeiden und die Aufsicht zu erleichtern. Die Kranken müßten ferner unter ärztlicher Leitung zur Arbeit herangezogen werden. Durch diese Trennung würden nicht nur die Anstalten von den schlechten Elementen befreit, sondern es würde dadurch, besonders durch die Erziehung zur Arbeit, die Möglichkeit der Besserung dieser Kranken selbst erheblich größer werden.

Behr.

Vaschide N., et Cl. Vurpar, Recherches expérimentales sur la mort dans un cas d'hémiplegie. Revue de Psychiatrie. März 1904.

Verf. haben genaue graphische Untersuchungen an einer infolge Apoplexie hemiplegischen Frau kurz vor dem Tode angestellt. Sie kommen zu folgendem Ergebnis: Auf motorischem Gebiet Zittern auf der nicht gelähmten Seite, während es auf der gelähmten Seite fehlte, es hört einige Zeit vor dem Tode auf. Von vasomotorischen Erscheinungen konnte Kapillarpuls nachgewiesen werden, und zwar auf der gelähmten Seite ausgeprägter als auf der gesunden. In einer zweiten Phase, etwa eine Stunde vor dem Tode, verschwand der Kapillarpuls auf der gelähmten Seite früher wie auf der gesunden. Seitens der Atmung fanden sich tiefe und regelmäßige Inspirationen, während die Expiration sich in mehreren, ungefähr 4—5, Pausen vollzog, schließlich fand sich eine Neigung zur Expirationsstellung nach etwa 5—6 Respirationen. Am Herzen ließ sich Galopprrhythmus nachweisen, er setzte sich durch die ganze Agone hindurch fort, hielt auch nach Aufhören der Atmung noch an und verschwand erst einige Augenblicke vor dem Tode. Verf. schließen aus ihren Beobachtungen, daß die nervösen Zentren nicht zu gleicher Zeit, sondern mehr nacheinander, in Etappen abgestorben sind.

Behr.

Piéron, H., De l'influence des émotions sur le langage. Revue de Psychiatrie. März 1904.

Eine kurze Abhandlung, in der Verf. auf die mannigfachen Veränderungen der Sprache durch Affekte hinweist. Nicht allein der Inhalt, auch andere Erscheinungen, wie der Ton, die Silbenbildung werden durch die verschiedenen Affekte beeinflußt.

Behr.

McDonald, William, The present status of paranoia. American journal of insanity. Januar 1904.

Verf. faßt seine Ansichten über den augenblicklichen Stand der Paranoiafrage in folgenden Schlußsätzen zusammen: Die Paranoiagruppe kann in dem früheren Umfange nicht aufrecht erhalten werden, vielmehr müssen eine Reihe von Krankheitsbildern davon abgetrennt werden. Dazu gehören 1. die Fälle, die auf Grund der ausgesprochenen katatonen Symptome und Geisteschwäche ohne Frage der Dementia praecox zugerechnet werden müssen, 2. die Fälle, bei denen die katatonen Symptome und die Geistesschwäche weniger hervortreten, die aber doch auf Grund verschiedener Symptome (Verwirrungszustände, Zusammenhangslosigkeit im Gedankengang, mangelnde Systematisierung der Wahnideen und dergl.) der Dementia praecox zugezählt werden müssen, 3. die originäre Paranoia, 4. die auf alkoholischer Basis entstandenen Paranoiafälle, 5. die im Verlauf anderer Psychosen, wie Dementia senilis, Paralyse, beim zirkulären Irresein und der Melancholie auftretenden paranoischen Symptome. Überhaupt fand sich unter den vom Verf. beob-

achteten Kranken, ebenso in der einschlägigen Literatur, kein Fall, der nicht besser einer der erwähnten Psychosen zugerechnet werden konnte als der eigentlichen Paranoia. *Behr.*

Miller, Harry W., Korsakoffs psychosis. Report of cases. American journal of insanity. Januar 1904.

Verf. teilt vier Fälle von *Korsakoffscher* Psychose mit, die indes nur wenig Interessantes bieten. In einem Falle waren polyneuritische Symptome nicht nachweisbar. Ein Kranker starb an Septicämie, die Sektion ergab, abgesehen von den neuritischen Veränderungen, nichts Bemerkenswertes. Eine Besserung der psychischen und neuritischen Erscheinungen wurde mehrfach konstatiert. *Behr.*

Meyer, Adolf, The anatomical facts and clinical varieties of traumatic insanity. American journal of insanity. Januar 1904.

Eine sehr ausführliche, zahlreiche Krankengeschichten enthaltende Bearbeitung der mit Traumen ätiologisch zusammenhängenden Geistesstörungen, auf die hier aber näher nicht eingegangen werden kann. *Behr.*

Buchanan, J. M., The treatment of the morphine habit by hyoscine. American journal of insanity. April 1904.

Verf. will beim Morphinismus durch subkutane Injektionen von Hyoscin hydrobromatum gute Erfolge erzielt haben. Das anscheinend etwas sehr energische Verfahren besteht in der subkutanen Injektion von 0,005—0,01 Hyoscin, und zwar alle 2—3 Stunden in steigender Dosis, und zwar durch 1¹/₂—2 Tage hindurch. Nach den ersten Dosen trat Schlaf ein, nach weiteren Gaben wurde der Kranke schlaflos und unruhig, bis etwa nach 12 Stunden ein halluzinatorisches Delirium einsetzte, das einige Stunden nach Aussetzen des Hyoscins angeblich ohne weitere Folgen vorüberging. Auch sonstige Erscheinungen, wie Unregelmäßigkeit der Herzaktion, Appetitlosigkeit, mangelnder Schlaf in den ersten Nächten nach der Kur lassen das Verfahren nicht unbedenklich erscheinen. *Behr.*

Coriat, Isador H., The chemical findings in the cerebro-spinal fluid and central nervous system in various mental diseases. American journal of insanity. April 1904.

Verf. hat bei 29 an den verschiedensten Seelenstörungen erkrankten Individuen kurz nach dem Tode die Cerebrospinalflüssigkeit untersucht. Die Flüssigkeitsmenge schwankte zwischen 10—150 ccm, am stärksten war sie infolge des ausgesprochenen Oedems der Pia bei der progr. Paralyse, nur in einem Fall betrug sie hier weniger als 25 ccm. In zwei Fällen von alko-

holischer Neuritis und chron. Alkoholismus war der Befund ein geringer, während die Flüssigkeitsmenge in zwei Fällen von halluzinatorischem Irresein 70 resp. 90 ccm betrug. Bei fünf senilen Geistesstörungen schwankte die Menge zwischen 18 und 60 ccm, bei zwei melancholischen Individuen zwischen 33 und 37 ccm. Bei einer durch ein Trauma bedingten organischen Erkrankung fanden sich 25 ccm, in einem Falle von manisch-depressivem Irresein mit einer kurz vor dem Tode entstandenen Hemiplegie schließlich nur 10 ccm Flüssigkeit. Zweimal reagierte die Flüssigkeit alkalisch, Milchsäure fehlte, während die Reaktion in allen übrigen Fällen eine saure war und Milchsäure sich in wechselnder Menge nachweisen ließ. In sechs Fällen konnte das spezifische Gewicht festgestellt werden, bei drei Paralytikern betrug es 1009, bei zwei weiteren 1012. Reduzierende Substanzen fanden sich in neun Fällen, Harnstoff konnte siebenmal in der Cerebrospinalflüssigkeit nachgewiesen werden, seine Menge schwankte zwischen 0,1—0,5 g auf 100 ccm. Der Gefrierpunkt wurde in 15 Fällen festgestellt, nur bei drei Kranken war er geringer als im normalen Blutserum. Proteide fanden sich am reichlichsten bei zehn Paralytikern, in einem Fall von Alkoholdelirium verbunden mit Polyneuritis, in einem Fall von seniler alkoholischer Psychose mit linksseitiger Hemiplegie neun Tage vor dem Tode, endlich bei einem Gehirntumor, kurz bei allen Fällen mit ausgedehnter Destruktion der Hirnsubstanz. In allen anderen Fällen war der Gehalt an Proteiden gering. Cholin fehlte nur in vier Fällen in der Cerebrospinalflüssigkeit, und zwar in je einem Fall von alkoholischem halluzinatorischen Irresein, von Paranoia auf seniler Basis, von Melancholie und seniler Demenz. Die Menge des Cholins wechselte erheblich, doch fand es sich wie auch die Proteide in den Fällen am reichlichsten, bei denen die Destruktion des Zentralnervensystems am ausgesprochensten war.

Behr.

Berry, Walter D., Intracranial Psammo-sarcoma without paralysis. American journal of insanity. April 1904.

Bei einer an agitiertem Altersblödsinn leidenden Frau von 74 Jahren, die im Alter von 50 Jahren ein Schädeltrauma erlitten hatte, fand sich bei der Sektion ein großes von der Dura ausgehendes Psammosarkom, das zu schweren Druckerscheinungen rechts in der motorischen Region geführt hatte, und zwar in dem Maße, daß die innere Kapsel, das Septum pellucidum, das Corp. callos. erheblich dadurch verdrängt wurden. Trotzdem waren klinisch Lähmungserscheinungen, Störungen der Koordination und Lokomotion niemals nachzuweisen gewesen. Die Geschwulst, die allerdings von der Dura ausging, war traumatischen Ursprungs und war veranlaßt durch eine auf die Meningen drückende Knochenaufreibung an der Innenfläche des Schädeldachs, die ihrerseits auf das erlittene Schädeltrauma zurückgeführt werden mußte. Äußerlich war von einer Fraktur des Schädels nichts zu fühlen. *Behr.*

Green, M. E., A sarcoma of the orbital periosteum: Report of a case. American journal of insanity. Oktober 1904.

Bei einer 28jährigen Negerin fand sich ein vom Periost der rechten Orbita ausgehendes Sarkom. Abgesehen von verschiedenen Erscheinungen seitens des erkrankten Auges (leichte Protusion des Bulbus, Chemosis, beständige Schmerzen im rechten Auge) traten psychische Erregungszustände mit lebhaften Halluzinationen des Gehörs und Gesichtes und Neigung zu Gewalttätigkeiten auf, denen sich zahlreiche schwere allgemeine Konvulsionen hinzugesellten. Nach der operativen Entfernung des rechten Auges und des vom Periost der Orbita ausgehenden Sarkoms trat, nachdem am zweiten Tage nach der Operation noch einmal zahlreiche Anfälle beobachtet waren, psychisch völlige Genesung ein. Auch ein Geschwulstrezidiv konnte bislang nicht festgestellt werden. *Behr.*

Pactet, La folie dans les prisons. Rev. de psychiatr. 1905. Nr. 4.

Verf. macht auf einen schweren sozialen Übelstand aufmerksam. Es werden in den Gefängnissen zahlreiche geistesranke Individuen meist längere Zeit, oft bis zum Ende ihrer Strafzeit, festgehalten, ohne daß ihre Geisteskrankheit erkannt wird. Darunter befinden sich Paralytiker im Endstadium, die trotz ihrer vorgeschrittenen Krankheit bis zu 1¼ Jahren in den Strafanstalten interniert blieben. Es wird auf die seit Jahren in Belgien bestehende segensreiche Einrichtung eines ärztlichen Überwachungsdienstes in den Strafanstalten hingewiesen, der lediglich den Zweck verfolgt, etwaige geistige Erkrankungen der Insassen festzustellen und die Überführung dieser Geisteskranken in die Irrenanstalten zu veranlassen. *Behr.*

Näcke, Wahnideen und Irrtum. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1905. Nr. 48 u. 49.

Verf. knüpft an die unsinnigen Handlungen verschiedener russischer Sekten, besonders der Duchobrozen, an. Er weist darauf hin, daß zwischen Wahnideen und Irrtum kaum ein durchschlagender Unterschied existiert, daß beide so viel Gemeinsames zeigen, daß sich eine sichere Diagnose oft sehr schwierig gestaltet. Allerdings gibt es, wie an Beispielen klargelegt wird, gewöhnlich Unterschiede zwischen ihnen, aber sie verwischen sich in besonderen Fällen, und die Psychologie beider kann sich dann äußerlich und innerlich ähneln. Es kann sich auch aus einem echten Irrtum bei besonders geeignetem Boden und starker exogener Einwirkung eine Wahnidee entwickeln, ebenso wie bei einem Wahnsinnigen ein Irrtum, der sich korrigieren läßt, auftreten kann. Im gewöhnlichen Leben werden übrigens beide Ausdrücke nicht scharf getrennt und Irrtum sehr häufig für Wahn gebraucht. Eine Hauptquelle der Irrtümer sehen wir einmal in der Massensuggestion wie bei den Sekten, weiter in der Gruppensuggestion. Weiter gibt es Übergangsfälle

zwischen Irrtum und Wahnidee und es können Suggestionierte zu wirklich Irrsinnigen werden, andererseits auch wieder Irrsinnige suggestioniert werden. Einen günstigen Boden für den Ausbruch von Irrsinn schafft der Suggestionzustand sicher, doch wird die Häufigkeit eines derartigen Ereignisses meist überschätzt. In Querulantenfamilien z. B. pflegt nur der Querulant wirklich geisteskrank zu sein, die anderen Mitglieder sind wohl oberflächlich mit den kranken Ideen infiziert, doch handelt es sich bei ihnen nur um einen Irrtum.

Behr.

Channing, Walter and Wissler, Clark. Comparative Measurements of the hard palate in normal and feeble-minded individuals. A preliminary report. American journal of insanity. April 1905.

Verf. haben nach einem bestimmten in der Arbeit näher mitgeteilten Schema Messungen des harten Gaumens bei normalen und schwachsinnigen Individuen vorgenommen. Dabei ergab sich bei beiden die gleiche absolute Größe des Gaumens, dagegen zeigten die einzelnen Maße bei Geistesschwachen größere Abweichungen als bei gesunden Personen. Die Breite des Gaumens von dem ersten bleibenden Backenzahn nach vorn bleibt vom neunten oder zehnten Lebensjahr an annähernd unverändert, wahrscheinlich findet nach dem sechsten Lebensjahr ein merkliches Wachstum nicht mehr statt.

Behr.

Farrar, Clarence B., Cytodiagnosis in Psychiatry. American journal of insanity. Juli 1905.

Ein kurzer Überblick über die bisherigen Resultate der Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit bei Geisteskranken; besonders wird ihr differentialdiagnostischer Wert betont. Es wird auch auf die Gefahren, die mit dem durchaus nicht gleichgültigen und unschuldigen Eingriff verbunden sind, hingewiesen, auf das Auftreten von Kopfschmerz, Erbrechen, Übelkeit, völliger Abspannung und anderen schweren Störungen nach der Operation, es wird vor der zu häufigen und zu reichlichen Entnahme von Cerebrospinalflüssigkeit gewarnt. Kontraindiziert ist der Eingriff bei Arteriosklerose und bei Tumoren, besonders bei Kleinhirntumoren, weil bei ihnen infolge des geänderten Blutdrucks die Gefahr einer Blutung besonders groß ist.

Behr.

Hurd, Arthur W., Korsakoffs Psychosis Report of cases. American journal of insanity. Juli 1905.

Unter fünf Fällen von *Korsakoff*scher Psychose befanden sich vier Frauen. Bis auf einen Fall spielte der Alkoholismus in der Ätiologie die wichtigste Rolle, in zwei Fällen war auch Morphium vor Ausbruch der Erkrankung in großen Dosen genommen, in zwei Fällen gingen dem *Korsakoff*-schen Symptomenkomplex Erscheinungen von Delirium tremens voraus. Im

übrigen bieten die Fälle nur insofern Interesse, als bei zwei Frauen angeblich eine vollkommene Heilung der neuritischen Beschwerden sowohl, wie besonders auch der psychischen Erscheinungen beobachtet wurde. *Behr.*

Toulouse et Damaye, Hérité et éducation dans la genèse des maladies mentales. Rev. de psychiatrie. 1905. Nr. 6.

Nicht die Heredität spielt bei der Entstehung der Geistesstörungen die größte Rolle, viel wirksamer ist einmal das Milieu, in dem das Individuum aufwächst, und weiter die von dem Milieu wieder abhängige Erziehung. Das Individuum ist gewissermaßen ein Produkt, das sich aus der Heredität, dem Milieu, in dem es lebt, und besonders der Erziehung zusammensetzt. Überall in der Natur macht sich der hohe Einfluß der Umgebung bemerkbar. Jede Pflanze, jedes Tier, das in eine neue Umgebung, in andere Verhältnisse versetzt wird, paßt sich in seinen Lebensgewohnheiten der veränderten Umgebung an. Das gleiche gilt vom Menschen, und zwar einmal in anatomischer Beziehung, denn der durchschnittliche Unterschied von 8 cm in der Größe zwischen Personen der gebildeten Stände und Fabrikarbeitern und die entsprechende durchschnittliche Differenz im Gewicht können nur durch die Einwirkung der Umgebung und Erziehung bedingt sein. Noch mehr tritt der maßgebende Einfluß dieser beiden Faktoren auf die psychologischen Charaktereigenschaften des Individuums hervor, eine Erscheinung, für deren Wahrheit das Leben einzelner Personen, unter ihnen vor allem die Verbrecher, die Geschichte ganzer Völker hinreichend Beweise liefern. Die Heredität ist, besonders in psychologischer Beziehung, eine unbestimmte Form, die die Umgebung und Erziehung leicht umzubilden vermögen. Das gilt auch für die Pathologie, auch für die Tuberkulose zum Beispiel besteht nicht in der erblichen Belastung die größte Gefahr, sondern es sind vielfache andere Einflüsse nach der Geburt von erheblicherer Bedeutung. Das gleiche läßt sich von den Psychosen sagen, wie an verschiedenen Beispielen klargelegt wird, auch hier sind es neben der Heredität vor allem die Umgebung, die Erziehung und Nachahmung, die ihren maßgebenden Einfluß auf das Entstehen der krankhaften Erscheinungen ausüben. Eine mangelhafte Erziehung spielt eine größere Rolle in der Genese der als hereditär bezeichneten Geistesstörungen, eine gute Erziehung vermag ihrer Entstehung vorzubeugen. Darum darf in der Ätiologie der Geisteskrankheiten nicht wie bisher in der Heredität das wichtigste, ja fast ausschließliche ätiologische Moment gesehen werden, eine wichtige und in vielen Fällen überwiegende Rolle spielt vielmehr die Erziehung. *Behr.*

Marandon de Montyel, Prédilection et causes directes en étiologie mentale. Rev. de psychiatrie. 1905. Nr. 3.

Keine Psychose ohne eine Prädisposition zur Psychose; die direkten Ursachen, und mögen sie noch so eingreifender Natur sein, sind außerstande,

ohne die Prädisposition eine Geistesstörung hervorzurufen. Die Prädisposition kann einmal eine hereditäre und weiter eine erworbene sein, gleichgültig, ob sie während des intrauterinen Lebens erworben ist oder nach der Geburt. Nach der Geburt sind es sechs zu den direkten Ursachen gehörige Momente, die bei bis dahin intakten Individuen eine Prädisposition zu schaffen vermögen, und zwar das typhöse Fieber, das chronische Sumpffieber, der Alkoholismus, die chronische Bleivergiftung, das Schädeltrauma und die Insolation. Auch diese Erkrankungen können bei bis dahin intakten Gehirnen in dem Augenblick, wo sie ihre Einwirkung ausüben, nur funktionelle Störungen veranlassen, die mit dem Fieber oder der Infektion wieder verschwinden, aber keine echte Geisteskrankheit; sie schaffen aber für die Zukunft bei dem Individuum eine Prädisposition, sie machen ihn wie die übrigen hereditären und erworbenen prädisponierenden Momente zu einem Dégénéré. Damit ist aber die Wirkung der Prädisposition erschöpft. Um eine Psychose entstehen zu lassen, müssen zu der bestehenden Prädisposition direkte Ursachen treten, beide zusammen sind unumgänglich nötig zur Entstehung einer Seelenstörung, die eine ohne die andere bleibt unwirksam. Dabei stehen beide Faktoren gewissermaßen im umgekehrten Verhältnis zueinander, insofern, als bei hochgradiger Disposition die direkten Ursachen nur geringfügige zu sein brauchen, und umgekehrt. Da, wo die Prädisposition zu unbedeutend ist, um unter Einwirkung der direkten Ursachen zu einer Psychose zu führen, vermögen diese doch verstärkend auf die Prädisposition einzuwirken. Zu diesen direkten Ursachen gehören in erster Linie die endo- und exogenen Infektionen, besonders die Variola, Influenza, Scharlach, die puerperale Infektion, dahin gehören weiter die Autointoxikationen von der Leber, der Niere und dem Gastrointestinaltraktus aus, ferner die chronischen Vergiftungen, schwere körperliche Erkrankungen, schlechte Ernährung und psychische Momente.

Verf. weist schließlich noch auf einen weiteren Punkt hin; er ist der Ansicht, daß die direkten Ursachen auch von maßgebendem Einfluß auf die Art der Psychose sind; die Prädisposition, drückt er sich aus, schafft nur eine vage, unbestimmte Disposition, gewissermaßen ein Recht zu delirieren, erst die direkten Ursachen geben diesen Delirien eine bestimmte Form. Für diese Ansicht sprechen bereits die alkoholischen und epileptischen Psychosen, aber auch bei den infektiösen Psychosen nach Typhus und bei den seltenen geistigen Erkrankungen im Anschluß an die Paralysis agitans glaubt Verf. Beweise für die Richtigkeit seiner Behauptung gefunden zu haben. *Behr.*

Koennicke, Ernst, Über das Wesen der Osteomalacie und seine therapeutischen Konsequenzen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten. V. Bd., Heft 4/5. Verlag von C. Marhold. 1905.

Verf. erwähnt in seiner Monographie zunächst die verschiedenen Anschauungen über die Pathogenese der Osteomalacie; eine besonders eingehende

Besprechung findet die sich auf die heilsame Wirkung der Kastration stützende *Fehlingsche* Theorie, nach der die Osteomalacie als eine Trophoneurose der Knochen, in erster Linie der Beckenknochen, weiter des Thorax und der Gliedmaßenknochen anzusehen ist, die von den Generationsvorgängen, hauptsächlich von den Ovarien abhängig ist, eine Theorie, gegen die zahlreiche Tatsachen, wie das gelegentliche Ausbleiben des Kastrationserfolges, die senile Osteomalacie, die Osteomalacie bei Männern, die eigenartige geographische Verbreitung des Leidens, das familiäre Vorkommen, sowie das Auftreten von Rezidiven nach anfangs erfolgreicher Kastration sprechen. Auch die Ansicht von *Gelpke*, der die nicht puerperale Osteomalacie von der puerperalen trennt, weil sich in Ursachen, Bedingungen, Verlauf, sowie im anatomischen Befund wesentliche Unterschiede finden, entspricht den Tatsachen nicht, es besteht kein Unterschied zwischen der puerperalen und der nicht puerperalen Form. Von allen bisherigen Anschauungen über die Osteomalacie hat nur die Tatsache, daß sie endemisch auftritt, durch weitere Erfahrungen Bestätigung gefunden.

Verf. ging bei seinen eigenen Studien über die Osteomalacie von der ziemlich häufigen Komplikation dieser Krankheit mit dem Morbus Basedowii aus. Er konnte auf Grund seiner Beobachtungen die wichtige Tatsache feststellen, daß die Osteomalacie durchaus ungleich verteilt ist und nur in bestimmten Gegenden endemisch auftritt, und daß das Vorkommen der Osteomalacie gebunden ist an das Vorkommen des Kropfes. Eine Diagonale, von Nordwesten nach Südosten durch Deutschland gezogen, trennt die Kropfgebiete im Südwesten von den nordöstlichen Gegenden, in denen der Kropf nur sporadisch auftritt; die gleiche Diagonale scheidet in gleicher Weise die Gegenden mit endemisch auftretender Osteomalacie von denen, wo sie fehlt. Dieser enge Zusammenhang wird bestätigt durch den klinischen Befund an 33 Fällen. Bei allen an Osteomalacie leidenden Kranken konnten entweder Erkrankungen der Schilddrüse, besonders Strumen nachgewiesen werden, oder es fanden sich, da wo der klinische Nachweis krankhafter Beschaffenheit der Thyreoidea fehlte, Thyreoideaerkrankungen in der Familie und nervöse Erscheinungen, wie Tremor, Kongestionen, Schwindel, Herzklopfen und dergleichen, die ihrer ganzen Natur nach als thyreogene Symptome bezeichnet werden müssen. Alle diese Tatsachen, die relativ große Neigung der vollentwickelten Osteomalacie sich mit ausgeprägten Schilddrüsenerkrankungen, besonders mit der *Basedowschen* Krankheit zu komplizieren, der so häufige Befund krankhafter Schilddrüsenbeschaffenheit, teils schon physikalisch, teils durch thyreogene Symptome nachweisbar, und nicht zuletzt die geographische Abhängigkeit der Osteomalacie vom Kropfe führen zu dem Schluß, daß die Osteomalacie der Ausdruck einer Schilddrüsenerkrankung ist.

Wie erklärt sich bei dieser Ansicht der heilsame Einfluß der Kastration auf den Verlauf der Osteomalacie? Verf. neigt zu folgender Hypothese. Er hält es für sehr wahrscheinlich, daß Schilddrüse und Eierstock in ihrer physiologischen Tätigkeit zum Teil mit gleichen Stoffen arbeiten. Krankheiten

der Schilddrüse, besonders die der Osteomalacie zugrunde liegende Störung, stört den Stoffwechsel, wahrscheinlich in der Form erhöhten Phosphorverlustes, und führt zu Osteomalacie. Unter diesen Umständen wirkt die übrigens physiologische Tätigkeit der Ovarien verschlimmernd resp. für das klinische Erscheinen auslösend. Beseitigt man die physiologische Tätigkeit der Eierstöcke, so muß dadurch folgerichtig je nach dem Grade der Thyreoideaerkrankung sowie nach Maßgabe der sonstigen einer Heilung günstigen Bedingungen Stillstand oder Besserung in die Wege geleitet werden, sie kann aber auch versagen, wenn entweder die Erkrankung der Schilddrüse zu schwer oder die physiologische Stoffwechselleistung der Ovarien erheblich reduziert oder mehr weniger belanglos geworden war. Jedenfalls ist die Schilddrüse bei der Osteomalacie der Locus morbi, die physiologische Funktion der Eierstöcke dasjenige akzidentelle, schädigende Moment, das an Bedeutung alle anderen in den Schatten stellt. Hieraus erklärt sich hinreichend auch die Tatsache, daß Frauen im geschlechtsreifen Alter am häufigsten an Osteomalacie erkranken.

Verf. schließt seine Arbeit mit folgenden Sätzen: a) Die geographische Verbreitung der Osteomalacie, die osteomalacischen Erscheinungen bei Kropf und Schilddrüsenkrankheiten, besonders bei Morbus Basedowii einerseits, andererseits die Verbindung der Osteomalacie mit thyreogenen Krankheiten oder Symptomen führen zu dem Schluß, daß die Osteomalacie eine Schilddrüsenkrankung ist. b) Das allgemeine klinische Verhalten entspricht dem anderer Schilddrüsenkrankheiten, das spezielle der puerperalen Osteomalacie erfordert nicht die Annahme einer krankhaften Ovarialtätigkeit, sondern erklärt sich physiologisch. c) Die vorhin erwähnten unklar gebliebenen Punkte besonders der *Fehlingschen* Theorie erklären sich zwanglos. d) Die Erfolge der Kastration stehen mit der thyreogenen Entstehungstheorie nicht nur nicht im Widerspruch, sondern befinden sich bei Berücksichtigung der Stoffwechselverhältnisse mit ihr in vollem Einklang (durch Kastration herbeigeführte Autotherapie).

In einem Anhang wird auf die psychischen Störungen bei der Osteomalacie kurz hingewiesen, die in Stimmungsanomalien, Gedächtnisschwäche. Zeichen allgemeiner psychischer Schwäche bestehen und vom Verf. ebenfalls als Folge der Schilddrüsenkrankung angesehen werden, während schwere Psychosen eine Komplikation darstellen. Endlich wird auf die Aussichten bezüglich der Therapie, besonders auf die operative und medikamentöse Behandlung der erkrankten Thyreoidea aufmerksam gemacht. *Behr-Lüneburg.*

Saint-Paul, Le langage intérieur et les paraphasies. Paris, Alcan. 1904. 316 S. 5 Fr.

Verf. ist sicher einer der originellsten und geistreichsten Denker der heutigen französischen Mediziner. Vorliegendes Buch ist eine Erweiterung seiner Aufsehen erregenden Doktordissertation (1892). Schon sehr früh

beschäftigte er sich mit Problemen der Psychologie. Er schrieb dann (1896) unter seinem Pseudonym *Lauphs* ein noch heute klassisches Buch: *Perversion et perversité sexuelles*. Für einen so jungen Menschen geradezu ein Wunderwerk! Als Militärarzt war er lange in Algier und Tunis und machte hochinteressante soziologisch-ökonomisch-kulturhistorische Studien. So erweiterte sich sein Horizont und sein Wissen immer mehr, und trotz seiner 35 Jahre ist er schon jetzt eine Leuchte der Wissenschaft. Das oben angezeigte Buch reiht sich mindestens ebenbürtig denen von *Egger*, *Ballet* und *Stricker* an, erscheint mir aber noch interessanter und enthält eine große Fülle von Beobachtungen, die Verf. z. T. selbst gesammelt hat. In drei großen Kapiteln wird 1. der Gehirnmechanismus und die innere Sprache, 2. die endophasische Formel und 3. die Endophasie in pathologischen und subnormalen Zuständen untersucht. Nur einige Leitgedanken dieses hochwichtigen und gedankenreichen Werkes können hier gegeben werden, den Leser muß ich bezüglich der Details auf das Original verweisen.

Verf. akzeptiert, wenn auch mit einiger Reserve, die Lokalisationen des Gehirns nach *Flechsig*. Er hält es aber für eine Chimäre, nach Lokalisationen der Intelligenz, des Willens, des Gedächtnisses, des Urteils zu fahnden. Das psychische „Territorium“ erhält von außen nicht eben einfache Eindrücke, sondern „Eindrücke von Eindrücken“ und reagiert nicht direkt durch motorische Handlungen, sondern nur durch Anreize zu solchen. Die eigentlichen motorischen Zentren sind die medullären und bulbären. Die sog. motorische Region des Gehirns enthält aber mindestens noch eine nicht motorische Stelle: die des motorischen Gedächtnisses (Zentrum von *Broca*). Verf. glaubt an ein Schreibzentrum bei Gebildeten. Die Introspektion kann den eigentlichen psychischen Akt selbst nicht erkennen, nur gewisse Modifikationen der Tätigkeit der Gehirnrinde, die auf dieselbe, wie eine Art von Reflex, von den intrapsychischen Zentren, die als „Spiegel“ dienen, zurückgeworfen werden. Dann werden die Hauptzentren des Gehirns beschrieben, immer mit einer wohlthuenden Kritik. Die Zentren für das verbale, visuelle oder auditive Gedächtnis erscheinen nur als ein Knotenpunkt (*points de jonctions*). Ein rein psychisches Gebiet muß anerkannt werden, welches die anderen Zentren anregt oder hemmt. 1892 hat Verf. für „innere Sprache“ den klareren Ausdruck „Endophasie“ eingeführt, d. h. die Fähigkeit in Worten zu denken, und „die endophasische Formel“ nennt er die Form, unter welcher sich dies vorwiegend bei einer bestimmten Person abspielt. Das „Wort“ selbst ist eine Synthese und Abkürzung von Erinnerungen. Das Zentrum der „inneren Sprache“ (der Endophasie) darf nicht mit dem des entsprechenden verbalen Gedächtnisses verwechselt werden. Es werden dann psychologisch die einzelnen Modalitäten der „endophasischen Formeln“ dargelegt an Hand von Schemen (die Verf. mit Recht stets nur als heuristisches Mittel hochhält) und später auch ein reiches Beobachtungsmaterial, das Verf. durch Fragebögen und Ausfragen gesammelt hat (darunter sind viele berühmte Leute wie *Zola*, *Daudet*, *Inaudi*, *Lacascagne*, *Coppée*, *Cocquelin*, *Claretie*, *Brunet* usw.) im

einzelnen verfolgt. Diese Formel kann durch Introspektion eruiert werden, aber gilt nur zunächst für den Moment des Beobachtens. Das *Charcotsche Schema* bez. der „inneren Sprache“: *moteur, auditif und visuel* gilt einzeln rein nur sehr selten. Am häufigsten ist der Typus des *auditivo-moteur*, d. h. beim Denken spricht man für sich die Worte und hört dabei seine eigene Stimme. Meist sind es Mischtypen und je nach Umständen, Affekt, Einwirkung usw. tritt bald der eine, bald der andere Typus in den Vordergrund. Erziehung und Alter spielen hier gleichfalls eine Rolle. Bisweilen entsteht das Gefühl, als ob man sprechen müßte, was einer Halluzination sehr nahe kommt. Bei den „auditifs“ wird die innere Stimme in den Kopf lokalisiert. Sehr selten ist der visuelle Typus, d. h. man denkt, indem man die Worte vor sich in Druck- oder Schreibschrift sieht. Die meisten der *moteurs* und *auditivo-moteurs* sprechen beim Lesen innerlich das Gelesene. Das „Gewissen“ kann sich der „inneren Sprache“ bedienen. Die innere Sprache läßt sich auch bei den Kindern nachweisen.

Von Aphasien kann man eigentlich nur bei gänzlicher Störung eines Zentrums reden; es handelt sich meist nur um Paraphasien. Zu den Aphasien ist die Aphemie, Agraphie, Wort- und Hörblindheit zu rechnen. Bei den Paraphasien im engeren Sinne handelt es sich um Leitungsunterbrechungen, die reine Aphasie ist keine Paralyse. Der Aphasische spricht nicht, weil er die Bewegungsvorstellungen der Worte verloren hat. *Brocas* Zentrum ist also nicht motorisch. Alle diese verschiedenen Arten von Aphasien und Paraphasien, ebenso Agraphie usw. werden fein analysiert. Es werden weiter zentrifugale und -petale Amnesien unterschieden. Höchst interessant sind endlich die Bemerkungen über das Innenleben beim Traum, beim Hypnotismus, im Delirium und (ganz kurz) in der Psychose. Verf. stellt uns einen weiteren Band in Aussicht.

Nücke.

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. VII. Jahrg. I. u. II. Bd. Leipzig, Spohr. 1905. Zusammen 1083 S. 24 M.

Pünktlich erschien wieder dies Jahrbuch, und es scheint dem Ref. das interessanteste der bisher erschienenen Jahrbücher zu sein. Es wird eröffnet durch eine lange Zuschrift eines Anonymus aus dem Jahre 1869 an den damaligen preußischen Justizminister, um Abschaffung der damaligen Urning-paragraphen. Es ist nun sehr bemerkenswert, daß schon damals der Verf. sämtliche Gründe dagegen erhebt, die jetzt noch angeführt werden. Zuerst war es *Cambécérès*, der große französische Jurist, der aus dem Code Napoléon 1806 die sog. natürliche und widernatürliche Unzucht strich. Ihm folgten darin erst Bayern (1813), Württemberg (1839) usw. *Caspar* in Berlin war der Erste, der als Mediziner das Angeborensein der Homosexualität (= H.) betonte. Von *Römer* untersucht die erbliche Belastung des Nervensystems bei Uraniern. Er findet, daß die H. in 2–33 % vorkommt, in wenigstens

35 % (? Ref.) der Fälle familiär vorkommt, daß die erbliche Belastung bei H. nicht größer ist, als bei Normalen und Geisteskranken; auffallende Charaktere in der Aszendenz sind noch am häufigsten vertreten, sehr schwach das Potatorium. Die H. ist als eine Varietät anzusehen. (Verf. vergleicht seine Uranier mit Normalen und Geisteskranken aus anderen Ländern, was nicht angeht! Ref.). Recht anregend ist der Aufsatz von *Katte* über die virilen Homosexuellen. Die Übersättigungstheorie weist er mit Recht dadurch ab, daß er zeigt, daß die meisten Uranier junge Leute sind, wo von Übersättigung wohl nicht die Rede sein kann. Hauptsache ist nicht die urnische Betätigung (fast nur durch mutuelle Onanie), sondern die Neigung als solche. Von Laien wird fast nur der feminine Typus beobachtet und dieser erscheint ihnen daher verächtlicher, als der virile. Letzterer besitzt hier auch mehr Weibliches, als der Normale, aber mehr Männliches zugleich (? Ref.), daher ist er besonders zu Geisteshelden geeignet, namentlich in der Kunst. Dieser Typus wird des näheren beschrieben. Ausgezeichnet ist die Darstellung *Kiefers* über Platos Stellung zur H. Plato selbst war ein „platonischer“ Uranier, wie seine Schriften und die Tradition beweisen. In seinen Jugendschriften (Phaedrus, Gastmahl) verteidigt er warm die *παῖδες* als „das größte Gut des menschlichen Lebens“ und verdammt auch nicht homosexuelle Handlungen, in mäßigem Grade betrieben. Im „Staat“ findet er die H. wenigstens noch tolerant, während er sie in der Altersschrift „die Gesetze“ scharf verurteilt. Sehr nüchtern und klar betrachtet *Anna Rüling* die H. vom frauenrechtlichen Standpunkt. Die Urninden sind als Führerinnen grade für das soziale Leben sehr wichtig, namentlich zur Wahrung weiblicher Interessen und für Wissenschaft und Kunst. Sie passen aber natürlich nicht für die Ehe. Es scheint in Deutschland fast ebensoviele homosexuelle Frauen als Männer zu geben, und zwar in allen Klassen. 20 % der Huren sind Urninden. Könnte für sie ein passender Beruf gewählt werden, so würde die Prostitution — die Verf. als solche mit vollem Rechte für ein Übel, aber ein notwendiges hält — abnehmen. *Bertz* gibt eine liebevolle Studie über den wunderlichen amerikanischen Dichter und echten Yankee Walt Whitmann und beweist, daß er sicher ein Uranier war. Er predigte gradezu ein Evangelium der Kameradenliebe. Vieles in seinem Äußern erinnerte schon an den Urning. *Nordau* gab von ihm nur eine Karikatur. W. war erblich belastet! *Gebouten* weist nach, daß die vermeintliche Päderastie Calvins eine gemeine Lüge ist. Ganz eingehend beschäftigt sich *v. Levetzow* mit der berühmtesten Anarchistin Louise Michel und zeigt, daß sie eine großartig angelegte, idealistische, hochgebildete Person war, nebenbei auch Urninde. Sie war so recht zur Frauenrechtlerin geboren. Man bekommt in der Tat von ihr einen ganz anderen und wohl günstigeren Eindruck, als aus den Zeitungen. Von *Beulwitz* veröffentlicht einen Brief Zolas, der zeigt, daß sich dieser große Franzose auch sehr für die Frage der H. interessierte, obgleich er sie in seinen Romanen so gut wie nicht anzuschneiden wagte. Höchst geistreich und gedankenreich ist sodann ein Aufsatz von *Benédikt*

Friedländer über die reizphysiologische Grundlage der erotischen Anziehung. (Manches freilich wäre darin zu beanstanden. Ref.) *F.* zeigt zuerst, daß so manche sog. Instinkte nur auf Chemotaxis, Tropismen aller Art beruhen und daß diese Tropismen (d. h. Reize auf Sinnesorgane und die Haut) auch in der Erotik eine große Rolle neben dem Psychischen spielen. Er weist dies namentlich an 84 Uraniern nach, und bei den Normalen wird es kaum anders sein. „Sexualität, Soziabilität und Sympathie beruhen in der gesamten Natur wenigstens zum Teil und vielfach vorwiegend oder ausschließlich auf Chemotaxis und haben somit eine gemeinsame Wurzel.“ Bei den Homosexuellen wirken besonders Gesichtseindrücke sexuell reizend, aber auch die andern Sinnesqualitäten sind wichtig und meist kombiniert. „Die Sexualität ist ein Gemisch verschiedener Elementartropismen und deren Reizwirkungen . . .“ Derselbe Autor sucht in einem weiteren Aufsätze dann nachzuweisen, daß die soziale Freigabe der H. der kriegerischen Tüchtigkeit nichts schadet und führt hierfür besonders die modernen Japaner an. Endlich beschließt v. *Neugebauer* glanzvoll diesen ersten Band mit einer Bibliographie über den Hermaphroditismus beim Menschen, die über 2000 Nummern enthält und viele kurze Inhaltsangaben aufweist.

Der zweite, kleinere Band enthält in seiner größeren Hälfte eine wieder ausgezeichnete Besprechung aller 1904 erschienenen wissenschaftlichen, populären und belletristischen Schriften, die sich auf H. beziehen. Der Kritiker, *Numa Praetorius*, macht wieder vorzügliche Bemerkungen, von denen einige hier mitgeteilt werden sollen, da die Psychiater fast ohne Ausnahme bez. der H. nur Dilettanten sind und z. T. haarsträubende Ideen davon haben und berichten. Sie kennen ja meist nur diejenigen, die sie in der Anstalt, im Gefängnisse oder in der Sprechstunde sehen, und das sind meist Anormale. Die Tausende aber, die keinen Arzt aufsuchen, kennen sie nicht! Es ist, als ob ein Psychiater den Typus der Normalmenschen in seiner Anstalt konstruieren wollte; also hellster Unsinn! Wer nicht wenigstens Hunderte von Homosexuellen draußen im Leben, also nicht in der Sprechstunde, gesehen hat, darf in Sachen der Homosexualität nicht mitreden wollen. Das ist des Ref. schon früher oft betonte Meinung! Ref. kennt überhaupt in ganz Deutschland nur etwa sechs Schriftsteller, die volle Erfahrung und daher Kritik bez. der H. besitzen; nicht mehr! Doch jetzt zu *Numa Praetorius*, der einer jener sechs ist. Immer wieder betont er, daß die H. nur angeboren, nie erworben ist, selten tardiv, nie durch Übersättigung oder durch Verführung eintritt, eine Varietät der libido darstellt, also keine Krankheit, Entartung oder Laster, und die Uminge nicht mehr erbliche Belastung darbieten als Normale. Die Therapie ist nutzlos; der § 175 muß fallen, die männlichen Prostituierten — eine Notwendigkeit in den Großstädten! —, sind wie die Dirnen unter Kontrolle zu stellen. Dem Homosexuellen darf man seine geschlechtliche Befriedigung (die vorwiegend nur durch mutuelle Onanie geschieht) ebensowenig verweigern, wie dem Heterosexuellen; es ist nur zu verlangen,

daß er mäßig sei. Eins der besten Aufklärungsmittel ist das offene Bekenntnis ihrer Geschlechtsnatur seitens Homosexueller gegenüber ihren heterosexuellen Freunden. Daß bei den Urningen relativ viel bedeutende Menschen sind, kommt vielleicht daher, daß in ihnen oft die Mischung der Vorzüge beider Geschlechter sehr prägnant ist. Kinderliebe fehlt gewöhnlich nicht. Mit der Ehe sollte man warten, bis die H. ganz klar ist. Knaben werden selten geliebt (dann ist es wohl krankhaft), wohl aber junge Leute. Man sollte die künftige Ehefrau von dem Bestehen der H. beim Bräutigam in Kenntnis setzen. H. ist bei Geschwistern relativ häufig. Homosexuelle erkennen sich gegenseitig nicht sicher. Genitalveränderungen sind sehr selten. Maßvolle hetero- oder homosexuelle Befriedigung schädigt nicht die Moral. Freundschaft und homosexuelle Liebe sind zwei verschiedene Dinge, doch gibt es bisweilen Übergänge. *Sade* brachte die sexuellen Abnormitäten zuerst in ein System; er war kein Urning, höchstens ein Bisexueller, vorzüglich aber Sadist. „Ein Heterosexueller kann niemals homosexuelle Gefühle nachempfinden.“ Ein Holländer berichtet dann über H. in Holland. Hier ist es ein Kapitalverbrechen überhaupt von H. zu sprechen, daher ist sie dort wissenschaftlich so gut wie unbekannt und nur zwei bis drei Männer (besonders *Aletrino* und *von Bömer*) sind wirkliche Kenner der H. Der letztere hat zuerst in Holland 242 Urninge untersucht und das von *Hirschfeld* und anderen Gesagte nur bestätigt. *Hirschfeld* beschließt den Band mit einem Jahresberichte für 1904—1905 und hält es mit Recht für einen Triumph der Sache, nicht nur, daß die Kenntnis der H. im Publikum, unter den Richtern und bei der Regierung immer besser und zugunsten der H., sondern, daß zum ersten Male im Reichstage (vom 31. März 1905) darüber debattiert ward, so Schiefes Thaler und andere auch vorbrachten. Sie stützten sich z. T. auf Aussprüche von Psychiatern, die absolut in dieser Sache ignorant sind. Übrigens war das Referat Thieles sehr vernünftig gehalten. Die ultramontane Presse verhielt sich in ihren Äußerungen viel ruhiger als die protestantische.

Näcke.

Petrén, A., Eine Analyse von ca. 800 Fällen chronischer Geisteskrankheit nebst einer kritischen Prüfung der in Schweden offiziellen psychiatrischen Nomenklatur. Upsala. 1905.

Die erste Anmerkung gegen die gegenwärtige, mit den Tabellen vom Jahre 1901 eingeführte offizielle Nomenklatur (deren Rubriken auf S. 1 des Aufsatzes wiedergegeben sind) gilt der Abwesenheit einer Krankheitsform mit dem Namen Psychosis manico-depressiva. Schon aus praktischem Gesichtspunkt ist diese Rubrik erforderlich, da nicht alle hierhergehörigen Fälle als periodische Psychosen rubriziert werden können, insofern nämlich ein Wechsel zwischen manischen und depressiven Erscheinungsformen nicht nur bei Psychosen mit ausgeprägterem periodischem Verlauf vorkommt, sondern auch in weit unregelmäßiger Weise (worauf *Magnan* zuerst die Aufmerksamkeit gelenkt hat), bisweilen sogar in Fällen, die insgesamt nur einen oder ein paar

Krankheitsanfälle zeigen, wofür illustrative Beispiele angeführt werden. Zur Stütze für die Richtigkeit der *Kraepelinschen* Anschauung, nach welcher die manischen und die depressiven Zustandsbilder nur Äquivalente innerhalb einer und derselben Krankheitsform sind, werden ferner angeführt: 1. Beispiele dafür, daß es bei einer periodischen Psychose vorkommen kann, daß das Dezennien hindurch jährlich auftretende manische Zustandsbild plötzlich ganz unvermutet durch ein depressives ersetzt wird; 2. Beispiele dafür, daß plötzliche Wechsel der Stimmung zwischen diesen beiden entgegengesetzten Polen eintreffen können; und 3. Beispiele für das Vorkommen von Mischzuständen, in welchen Züge von dem manischen wie von dem depressiven Zustandsbilde gleichzeitig enthalten sind (worauf auch *Magnan* zuerst hingewiesen), und das nicht nur für eine kürzere Zeit, sondern auch während des größeren Teiles eines Krankheitsanfalles. Im Zusammenhang hiermit wird über *Weigandts* Untersuchungen berichtet, welche zeigen, wie selten es in Wirklichkeit vorkommt, daß Krankheitsfälle während ihres ganzen Verlaufs nur manische Erscheinungsformen ohne jedes Symptom depressiv-stuporöser Art aufweisen und umgekehrt, wobei indessen zugleich darauf hingewiesen wird, daß es natürlich nicht erforderlich ist, daß ein Fall, um zu dem manisch-depressiven Irresein gerechnet zu werden, durchaus die beiden entgegengesetzten Erscheinungsformen, die hier vorkommen können, zeigen müsse, daß vielmehr jeder Fall dahinzurechnen sei, der irgend eines der für die fragliche Krankheitsform charakteristischen Zustandsbilder aufweist.

Es wird ferner darauf hingewiesen, wie unmöglich es ist, bei dieser Krankheit eine periodische Form von einer „einfachen“ zu unterscheiden, da in Wirklichkeit der Übergang vollkommen kontinuierlich ist von solchen Fällen, wo die Krankheit regelmäßig jedes oder jedes zweite Jahr auftritt, wo sie erst nach einem Zwischenraum von mehreren Jahren wiederkehrt, zu solchen Fällen, wo sie nur ein paarmal oder ausnahmsweise vielleicht nur ein einziges Mal während des ganzen Lebens auftritt — und da man niemals aus dem Krankheitsbilde selbst bei dem einzelnen Anfall mit Sicherheit schließen kann, welchen Verlauf die Krankheit haben wird (wenn man auch sagen kann, daß gewisse Züge für eine öftere Wiederkehr der Krankheit sprechen). Unter solchen Umständen ist es klar, daß man unter die Krankheitsform *Psychosis manico-depressiva* sowohl die periodische wie die rezidivierende und die „einfache“ Manie zu begreifen hat; denn natürlich muß hier wie sonst immer bei der Aufstellung von Krankheitsformen das klinische Krankheitsbild selbst das Entscheidende sein, während die Frequenz der Krankheitsanfälle hierbei nichts bedeutet. (Das Resultat statistischer Untersuchungen darüber, wie oft es eintritt, daß ein manischer Anfall nur ein einziges Mal während des Lebens eines Menschen, ohne sich zu wiederholen, auftritt — über die diesbezüglichen Untersuchungen von *Kip*, *Hinrichsen* und *Mayser* wird berichtet — berührt daher nicht im geringsten die Frage nach der Berechtigung oder Nichtberechtigung des Standpunktes, der die „einfache Manie“ als eine besondere Krankheitsform aufrechterhalten will).

Neben einerseits der guten Prognose für den einzelnen Krankheitsanfall, andererseits der Neigung zu neuen Anfällen wird als charakteristisch für das manisch-depressive Irresein angeführt, daß eigentlicher Blödsinn nicht einzutreten pflegt, in welcher Hinsicht die fragliche Diagnose also auch eine Prognose in sich schließt. Zur Stütze für diese Ansicht werden Fälle angeführt, wo die Krankheit Jahrzehnte hindurch angedauert und die Kranken ein bedeutendes Alter (in einem Fall sogar über 80 Jahre) erreicht haben. Zur Beleuchtung des Terminalstadiums dieser Krankheit wird ferner, außer Beispielen für den Fall, daß während der ganzen Unruhezeit neben Gehörs-täuschungen auch fixierte Wahnvorstellungen vorkommen, ein Fall angeführt, wo diese Symptome auch während der ruhigen Zeiten fortbestehn. Es wird hierbei indessen auf die Unzweckmäßigkeit hingewiesen, derartige paranoide Terminalstadien mit dem Namen „sekundäre Paranoia“¹⁾ zu bezeichnen, da es nur Verwirrung in die Nomenklatur bringen würde, verschiedene Namen verschiedenen Stadien einer und derselben Krankheit zu geben, weshalb man sich damit begnügen muß, die Tatsache festzustellen, daß eine manico-depressive Psychose bisweilen — wenn auch selten — einen derartigen atypischen Verlauf nehmen und einen chronischen Zustand mit Gehörs-täuschungen und systematisierten Wahnvorstellungen zeigen kann, während gleichzeitig der Wechsel zwischen den manischen und den depressiven Krankheitsbildern fortbesteht. Schließlich wird näher ein Fall beschrieben, wo Epilepsie bei Eintritt des Patienten ins etwa fünfzigste Jahr eine seit der Pubertät bestehende manico-depressive Psychose kompliziert, und im Zusammenhang damit werden *Kraepelins* und *Pilczs* Ansichten über das Verhältnis zwischen diesen beiden Krankheiten referiert.

Betreffs des Alters für den ersten Ausbruch der Krankheit wird darauf hingewiesen, wie nicht nur die Pubertät und die nächst darauffolgenden Jahre hierbei ein „tempus minoris resistentiae“ darstellen, sondern daß dieses auch sowohl für die Involution als das mehr vorgeschrittene Senium gilt. Unter den 41 Fällen von manico-depressiver Psychose, die die fragliche Analyse umfaßt, waren es fünf, die erst in einem Alter zwischen 40 und 50 Jahren erkrankt waren. Aus der Tätigkeit des Verf.s an einer anderen Anstalt wird indessen auch — als Stütze für die letztere Behauptung — teils ein Beispiel für eine erste Erkrankung in einem Alter von etwa 80 Jahren (in welchem Fall noch bei 88 Jahren keine Komplikation mit senilem Blödsinn eingetreten), teils ein Fall angeführt, wo dem ersten Krankheitsanfall, der im Alter von 48 Jahren eintrat, ein neuer erst nach siebzehn Jahren folgte, wonach indessen drei weitere im Laufe eines Dezenniums auftraten.

¹⁾ Bemerkenswert ist, daß in diesem Falle jedes Zeichen von Blödsinn fehlt — zum Unterschied von dem Verhältnis bei der Mehrzahl der Fälle die unter der Benennung „sekundäre Paranoia“ beschrieben worden, welche zum großen Teile nichts anderes als Dementia praecox gewesen zu sein scheinen.

ein Fall, der also auch besonders gut zeigt, wie ungerechtfertigt es ist, bei der Aufstellung von Krankheitsformen sich von der Frequenz der Krankheitsanfälle bestimmen zu lassen, da er ja als ein schönes Beispiel für eine „einfache Manie“ hätte angeführt werden können, wenn der betreffende Kranke vor seinem 65. Jahr gestorben wäre, während das Erreichen eines höheren Alters die Wiederkehr der Krankheit mit einem ausgeprägten periodischen Verlauf gezeigt hat.

Aus all den angeführten Gründen wird daher die Forderung erhoben, daß die Rubrik Manie aus der Nomenklatur gestrichen und durch die Rubrik Psychosis manico-depressiva ersetzt wird. In Ermangelung dieser Rubrik sind bisher alle hierhergehörigen Fälle unter der Rubrik periodische Psychose angeführt worden, auch wenn der Verlauf keine ausgeprägte Periodizität gezeigt hat. Die Einführung der hier vorgeschlagenen Rubrik würde die Rubrik periodische Psychose doch nicht ganz und gar in der Nomenklatur entbehrlich machen, deren Anwendung würde dann aber natürlich auf solche periodische Psychosen zu beschränken sein, welche zu keiner der gewöhnlichen Krankheitsformen zu stellen sind — drei solche Fälle finden sich unter denen, welche die Analyse umfaßt —, während zur Rubrik manico-depressive Psychose natürlich alle hierhergehörigen Fälle zu führen wären, auch die mit typisch periodischem Verlauf, wie ja auch z. B. alle epileptischen Psychosen mit ausgeprägter Periodizität nicht unter periodischer Psychose, sondern unter *Insania epileptica* aufgeführt werden.

Die Rubrik Melancholie wird für die Fälle angewandt, die der von *Kraepelin* so benannten Krankheitsform angehören; dabei wird jedoch gegen diese Bezeichnungsweise angemerkt, daß es nicht zweckmäßig sein kann, allein mit dem Namen Melancholie eine kleinere Gruppe der verschiedenartigen Fälle zu bezeichnen, die man früher unter diese Bezeichnung einrangiert hat, vielmehr wird darauf hingewiesen, daß die *Weygandtsche* Bezeichnungsweise (Involutionmelancholie) da offenbar vorzuziehen, am allerbesten aber vielleicht die von *Wernicke* eingeführte Bezeichnung Angstpsychose sei, weil man hierbei schon in dem Namen selbst den von Beginn der Krankheit an charakteristischen Grundzug der melancholischen Verstimmung andeutet.

Nachdem die Frage der Differentialdiagnose zwischen den depressiven Zustandsbildern der manico-depressiven Psychose und der Involutionmelancholie (nach *Wernickes* Bezeichnungsweise also zwischen der affektiven Melancholie¹⁾ und der Angstpsychose) berührt (wobei *Kraepelins* und *Wernickes*

¹⁾ Da also die verschiedenen psychiatrischen Verfasser, die danach streben, den alten, so sehr verschiedene Dinge umfassenden Melancholiebegriff zu zerteilen, dabei die Bezeichnung Melancholie für ganz entgegengesetzte Krankheitsformen beibehalten wollen, bildet schon dies einen Grund, zur Vermeidung von Mißverständnissen und Verwirrung in der Nomenklatur, den Namen ganz und gar aus dieser auszuschließen.

Ansichten in Kürze referiert werden) und im Zusammenhang damit *Thalbitzers* Forderung einer Einrangierung auch der letzteren Krankheitsform in das schon zuvor weite Gebiet der manico-depressiven Psychose erwähnt worden, werden die acht Fälle von Angstpsychose (= *Involutionsmelancholie*) geschildert, die die fragliche Analyse umfaßt. Aus der Schilderung geht hervor, daß eine bedeutendere affektive Abstumpfung nur in einem Fall vorkommt, der auch den senilen Psychosen im eigentlichen Sinne nahe steht (das Alter bei der Erkrankung war nahezu 70 Jahre), während der ursprüngliche depressive Affekt stets mehr oder minder das Krankheitsbild in den übrigen sieben Fällen beherrscht, von denen keiner eigentlichen Blödsinn zeigt, obwohl die Krankheit während eines Zeitraums von fünf bis zu vierzehn Jahren angehalten hat und das jetzige Alter der Kranken zwischen 60 und 82 Jahren variiert.

Betreffs der Rubrik *Confusio* (unter welcher in der Tabelle kein Fall aufgeführt ist, was darauf beruht, daß in der Upsalaer Pflegeanstalt nur chronische, als unheilbar betrachtete Fälle aufgenommen werden) schlägt der Verf. vor, sie dahin zu erweitern, daß in sie nicht nur alle Erschöpfungspsychosen, sondern außerdem auch die Infektionspsychosen eingereiht werden, zwischen welchen beiden Gruppen es ja oft nicht möglich ist, bestimmte Grenzen zu ziehen, da man in vielen Fällen (wie z. B. bei einer nach Partus oder nach einer langwierigen Infektionskrankheit, wie Typhus, entstandenen Psychose) nicht imstande ist, in der Ätiologie die Bedeutung des infektiösen Moments von der der Erschöpfung zu sondern. Nach diesem Vorschlage erhielte also die betreffende Rubrik den Namen Infektions- und Erschöpfungspsychosen.

Gegen die nach *Sommer* angenommene Benennung *Dementia primaria* wird bemerkt, daß sowohl eine *Dementia senilis* wie eine *Dementia paralytica* mindestens ebensosehr „primäre“ Demenz sind wie die hier fragliche Krankheitsform. Im Zusammenhang mit einer kürzeren Übersicht über die Entwicklung des *Dementia-praecox*-Begriffs referiert der Verf. *Kracpelins*, *Weygandts* und *Aschaffenburgs* Auffassung betreffs der Einteilung und Abgrenzung dieser Krankheit, wobei gegenüber dem abweichenden Standpunkt des letzteren hinsichtlich der Unterordnung der *Dementia paranoides* unter *Dementia praecox* die Tatsache angeführt wird, daß gleichwie es Übergangsfälle gibt zwischen Hebephrenie und Katatonie, solche auch zwischen Katatonie und *Dementia paranoides* vorkommen, wofür zwei bezeichnende Fälle auch angeführt werden. Unter Festhalten also an dem theoretisch-wissenschaftlichen Standpunkte, daß der Übergang zwischen den hebephrenischen, katatonischen und paranoiden Formen der *Dementia praecox* überall vollständig kontinuierlich ist, wird doch aus rein praktischen Gründen der Vorschlag gemacht, in die Nomenklatur besondere Rubriken für diese Formen (unter den Namen Hebephrenie, Katatonie und *Dementia paranoides*) aufzunehmen, damit nicht eine so unverhältnismäßig große Menge von Fällen unter eine und dieselbe Rubrik kommt, und da eine derartige Teilung ohne

Zweifel ein erhöhtes Interesse für das Studium der betreffenden Fälle mit sich führen wird.

Hierauf wird die etwas verschiedene Prognose bei den verschiedenen Gruppen berührt, wobei zuerst die Ansichten referiert werden, wie sie betreffs der Prognose der Katatonie von *Kraepelin*, nach welchem es noch eine offene Frage ist, wie oft eine wirkliche und dauernde Genesung bei dieser Krankheit vorkommt, von *Aschaffenburg* und *Weygandt*, nach welchen die Prognose im Prinzip ungünstig ist, so daß nur „Defektheilung“ hier vorkommt, und von *Meyer* ausgesprochen worden sind, nach dessen Erfahrung in 20—25% der fraglichen Fälle eine Jahre hindurch andauernde Genesung eintritt. Gegenüber der von *Gaupp* gegen *Meyer* gerichteten Anmerkung, daß, da die katatonische Psychose doch früher oder später zu einem eigenartigen Blödsinn führt, es vom wissenschaftlichen Gesichtspunkt aus minder wichtig ist, ob dieser Blödsinn nach dem ersten Krankheitsanfall eintritt oder erst längere Zeit hiernach, nachdem mehrere solche aufgetreten, wird vom Verf. betont, daß es von rein praktischem, von sozialem Gesichtspunkt aus doch keineswegs gleichgültig ist, ob eine Psychose unmittelbar zum Blödsinn führt, oder ob der Kranke, bevor dieser eintritt, so wiederhergestellt wird, daß er Jahre, vielleicht Jahrzehnte hindurch selbständig seinen Lebensunterhalt verdienen und für seine Familie so gut wie irgendwie früher sorgen kann. Im Zusammenhang hiermit wird aus der Verf.s eigener Erfahrung ein Fall von Katatonie (zuvor von *Gadelius* mitgeteilt) referiert, wo der Kranke nach nahezu elfjähriger Krankheitszeit (während welcher er nahezu neun Jahre hindurch zwangsweise gefüttert wurde) so vollständig genas, daß er — bis auf eine gewisse leichte Reizbarkeit — derselbe wie früher wurde und noch nach Verlauf von zehn Jahren guter Gesundheit sich erfreut und mittels seines Handwerks (Schneiderei) vollständig für seinen und seiner Familie Lebensunterhalt sorgt.¹⁾ Da man also — wegen des verschiedenen Ausgangs in verschiedenen Katatoniefällen — bezüglich der Prognose, wie sie die Diagnose Katatonie enthält, nur sagen kann, daß mit der allergrößten Wahrscheinlichkeit ein eigenartiger Blödsinn gelinderer oder schwererer Art, entweder unmittelbar nach dem betreffenden Krankheitsanfall oder nach einem später folgenden eintreten wird, so betont der Verf., daß man neben der allgemeinen Prognose in jedem einzelnen Fall außerdem einer besonderen Spezialprognose bedarf, daß demnach das nächste Ziel für die Arbeit innerhalb dieses Teiles der Psychiatrie das sein muß, eine Bestimmung der klinischen Kennzeichen zu versuchen, mit deren Hilfe man imstande sein kann, die individuelle Prognose zu stellen, ob Genesung, „Defektheilung“ oder hochgradigerer Blödsinn eintreten wird, und ob das schließliche Terminalstadium eventuell nach einem kontinuierlichen Fortschritt der Krankheit oder

¹⁾ Verf., der diesen Pat. während seiner Volontärzeit an der psychiatrischen Klinik in Lund im Winter 1892—93 kennen lernte, hat ihn später im Sept. 1903 in seinem Heim besucht.

erst nach längeren Remissionen mit „relativer Gesundheit“ erreicht werden wird. Im Anschluß hieran wird referiert, was hierüber gegenwärtig bekannt ist, wobei erwähnt wird, wie verschiedene Psychiater, unter ihnen *Kraepelin*, gefunden, daß ein akuter Beginn der Krankheit die Wahrscheinlichkeit für ein Eintreten von Remissionen größer macht, und wie *Evensen*, wegen der großen Bedeutung, die die Entwicklungsweise der Krankheit demnach für die Prognose hat, innerhalb der Katatonie geradezu zwei verschiedene Formen unterschieden wissen will, eine mit akutem Beginn (in welcher er Genesung in 27% der Fälle fand) und eine mit chronisch schleichender Entwicklung der Krankheitssymptome (in welcher Gruppe dagegen kein Fall zur Genesung gelangte und wo der terminale Blödsinn im allgemeinen hochgradiger als in der ersteren Gruppe wurde).

Was die Hebephrenie betrifft, so wird betont, daß auch hier eine individuelle Spezialprognose neben der allgemeinen Prognose notwendig ist, da der terminale Blödsinn auch bei dieser Form sehr bedeutend wechseln kann, indem er wie bei der Katatonie zum Teil von der Entwicklungsweise der Krankheit abhängt, weshalb *Evensen* auch bei der Hebephrenie zwei Formen unterscheidet, je nachdem die Krankheit einen akuten Beginn gehabt oder sich mehr chronisch entwickelt hat, ohne daß er jedoch vollständige Genesung in einer der Gruppen fand. Da auch das Auftreten länger dauernder Remissionen — im Gegensatz zu dem Verhältnis bei der Katatonie — ohne Zweifel bei der Hebephrenie sehr selten ist, führt Verf. einen solchen Fall an, wo eine Remission von nicht weniger als 2½ Jahrzehnten vorgekommen ist, indem dem ersten Krankheitsausbruch, der im Alter von 19 Jahren stattfand, nach eingetretener „Defektheilung“ ein neuer Ausbruch erst im Alter von 44 Jahren folgte, gleichzeitig mit dem Aufhören der Menstruation.

Im Zusammenhang hiermit wird an die Tatsache erinnert, daß die Involution ein „tempus minoris resistentiae“ nicht nur für die Entwicklung einer Melancholie und einer manico-depressiven Psychose ist, sondern teilweise auch bezüglich der Dementia praecox, indem eine erste Erkrankung in der Involution bezüglich der Katatonie keine Seltenheit zu sein scheint (wogegen unter des Verf.s Fällen von Hebephrenie keiner mit einer ersten Erkrankung in höherem Alter als 40 Jahre sich findet). Es wird dann erwähnt, was *Kraepelin* und *Schröder* über diese sog. „Spätkatatonien“ äußern, und *Deny* und *Roy* werden zitiert, insofern sie betonen, daß die Entwicklung der Dementia praecox nicht an ein bestimmtes Alter gebunden ist, nebst *Jahrmärker*, der aus Anlaß dieser Tatsache hervorhebt, daß bisweilen eine differentialdiagnostische Abwägung auch zwischen Dementia praecox und einer senilen Demenz notwendig sein kann. Verf. referiert darauf in Kürze alle die seiner Katatoniefälle, in denen die Krankheit sich erst nach zurückgelegtem 40. Jahr entwickelt hat, was bei 6 Männern und 18 Frauen der Fall gewesen, indem das Alter bei der Erkrankung zwischen 40 und 45 bei 2 Männern und 7 Frauen, zwischen 45 und 50 bei 2 Männern und 5 Frauen.

zwischen 50 und 55 bei 2 Männern und 4 Frauen gewesen, die übrigen 2 Frauen im Alter von 58 resp. 59 Jahren erkrankt waren.¹⁾

Darauf wird die Frage der periodischen Katatonien berührt, wobei teils die Literatur auf diesem Gebiete erwähnt und über den geänderten Standpunkt berichtet wird, den *Kraepelin* in dieser Frage in der letzten Auflage seines Lehrbuches einnimmt, teils ein eigener die Frage beleuchtender Fall ausführlich referiert und im Anschluß daran wieder betont wird, wie die Ab- oder Anwesenheit von Periodizität im Verlaufe einer Psychose keine Bedeutung für die Diagnose hat, sondern das klinische Krankheitsbild selbst für diese stets entscheidend ist.

Nachdem Verf. auch einen Fall von *Dementia paranoides* mit periodischem Verlauf angeführt hat, geht er zur Frage nach den paranoiden Formen der *Dementia praecox* über, wobei sowohl die Ansichten verschiedener deutscher Psychiater, wie *Kraepelin*, *Sommer*, *Ziehen*, *Hoche* und *Weygandt*, als auch einiger der moderneren Franzosen, wie *Séglas*, *Sérieux*, *Deny* und *Roy* referiert werden, unter denen die beiden letzteren dem *Dementia-praecox*-Begriff einen ebensolchen Umfang wie *Kraepelin* und *Weygandt* geben zu wollen scheinen, während *Séglas* und *Sérieux* dagegen von *Kraepelins* zwei paranoiden Gruppen nur die erste, weniger umfangreiche dahin rechnen wollen, also die Gruppe, die von ihm *Dementia paranoides* genannt wird.

Zur Erläuterung der verschiedenen Typen, die innerhalb der paranoiden Gruppen unterschieden werden können, werden darauf verschiedene Krankengeschichten angeführt. Von diesen zeigen die drei ersten hochgradig barocke, „paralysenähnliche“ Größenideen (wie daß der Kranke „Gott selbst“ ist, der Schöpfer des ganzen Weltalls, der Erste in allem, usw.) mit einem in den verschiedenen Fällen (von denen einer übrigens noch einzelne katatonische Symptome zeigt) wechselnden Grad von Suggestibilität. In dem vierten Fall, bei welchem — wie in den ebenerwähnten — Größenideen zum Initialstadium der Krankheit gehörten, erreichen diese indessen nicht eine solche Höhe wie dort, während die Konfabulation dagegen ungeheuer stark entwickelt ist. Darauf folgen zwei Fälle, in denen die Wahnvorstellungen anfangs nur persekutorischer Art waren und Größenideen erst später auftraten (in dem einen Falle, wie es scheint, erst nach ungefähr 10 Jahren, in dem andern dagegen schon nach Verlauf einiger Jahre): auch in diesen beiden Fällen kommt indessen eine höchstbedeutende Konfabulation vor, besonders in dem letzteren, wo übrigens auch die Größenideen den Gipfelpunkt von Absurdität erreichen (der Kranke ist der Ursprung des Alls u. dgl.). Sowohl aus diesem Grunde wie wegen der allgemeinen Urteilslosigkeit und der bedeutenden Affektfreiheit, die hier vorkommt, zögert Verf. nicht, auch Fälle wie diese zur *Dementia praecox* zu rechnen. Etwas anders verhält es sich dagegen

¹⁾ Ein ausführlicherer Bericht über diese Fälle wird später in einem besonderen Aufsatz in deutscher Sprache gegeben werden, weshalb ein näheres Eingehen auf sie in diesem Resümee unterbleibt.

mit der Gruppe von Fällen, für die die beiden letzten dieser Krankheitsgeschichten Beispiele abgeben. Hier fehlen nämlich sowohl die Größenideen als die Konfabulation, indem vage Verfolgungsideen im Verein mit äußerst zahlreichen Sinnestäuschungen die im Krankheitsbild völlig dominierenden Symptome sind, während andererseits nur der eine der beiden für Dementia praecox so charakteristischen Defekte vorhanden ist, nämlich die allgemeine Urteilslosigkeit, während die Apathie dagegen so gut wie gänzlich fehlt. In bezug auf solche Fälle ist Verf. zweifelhaft, ob man sie nur als atypische Fälle von Dementia praecox betrachten oder eine vierte Untergruppe hiervon darstellen lassen, oder ob man in ihnen eine besondere Form sehen soll, die dann beispielsweise paranoisch-halluzinatorische Psychose genannt werden könnte, und die im System natürlich ihren Platz zwischen der Dementia paranoides und dem Délire chronique (*Magnan*) haben würde, betreffs welcher letzterer Krankheitsform Verf. dagegen zu der Überzeugung gekommen ist, daß sie nicht in das schon ohnedies so weite Gebiet der Dementia praecox einzuordnen ist, da hier ja eine längere Reihe von Jahren hindurch die beiden für die letztere Psychose so charakteristischen Züge, die Apathie und die allgemeine Urteilslosigkeit, fehlen.

Es wird hierauf die Diskussion über Délire chronique referiert, die nahezu zwei Jahre lang (1886—88) in der Société médico-psychologique geführt wurde, wobei Verf. betont, wie die Verschiedenheit der Ansichten, die sich hier betreffs der Beschaffenheit der späteren Stadien der Krankheit geltend machten, ohne Zweifel zu großem Teile darauf beruht, daß *Magnan* seinen Délire-chronique-Begriff so weit gefaßt hat, daß allzu verschiedenartige Fälle darunter gestellt wurden, sowohl solche, die relativ frühzeitig zu Blödsinn führten, als solche, wo dieses überhaupt nicht oder jedenfalls erst nach Erreichung des Seniums eintrat.¹⁾ Seinerseits will Verf. indes nur Fälle der letzteren Art zum Délire chronique gerechnet wissen, welche Krankheit so definiert wird, daß nach einem Inkubationsstadium, charakterisiert durch Mißtrauen und ein Gefühl allgemeiner Unruhe und Unsicherheit, unter dem Einfluß von Halluzinationen, oft mehrerer Sinne, meistens jedoch auf dem Gebiete des Gehörs und Gefühls, allmählich sich Verfolgungsideen entwickeln, die mit der Zeit immer mehr systematisiert werden, während die Urteilslosigkeit lange Zeit hindurch der Hauptsache nach sich auf das Gebiet dieser Wahnvorstellungen und damit zusammengehöriger Dinge beschränkt — Größenideen mögen im übrigen vorhanden sein oder nicht. Bei dieser Abgrenzung ist das Délire chronique keineswegs eine gewöhnliche Krankheit, und Verf. glaubt von seinen Fällen nur dreizehn dahin rechnen zu können. Da sich in der schwedischen offiziellen Nomenklatur keine besondere Rubrik für

¹⁾ Es erscheint dem Verf. natürlich, daß vieles von dem, was der moderne Psychiater zur Dementia praecox rechnet, zu einer Zeit, wo der Dementia-paranoides-Begriff ganz unbekannt und die ganze Dementia-praecox-Form noch wenig beachtet war, zum Délire chronique gezählt werden mußte.

diese Psychose findet, sind auch diese Fälle in die Tabelle unter der Rubrik Paranoia aufgenommen worden, obwohl es ja an jeder näheren Verwandtschaft zwischen dieser Krankheit und dem Délire chronique fehlt, indem die Paranoia (in Kraepelins Sinne) ja vor allem dadurch charakterisiert wird, daß die Wahnvorstellungen — im Gegensatz zu dem Verhältnis beim Délire chronique — sich auf rein kombinatorischem Wege entwickeln, und daß der Größenwahn — dieser mag sich nun im Vorkommen bestimmt formulierter Größenideen äußern oder sich im Rahmen eines stark erhöhten Selbstgefühls halten — Hand in Hand geht mit der Entwicklung des Verfolgungswahnes, während die Größenideen bei der anderen dieser Krankheiten — wenn sie vorkommen — sich erst lange Zeit (Jahre bis Jahrzehnte), nachdem der Verfolgungswahn bestanden, einstellen. Im Zusammenhang hiermit wird auf den ausgesprochen degenerativen Charakter der echten Paranoia hingewiesen; so kam in den hierhergehörigen Fällen stets entweder erbliche Belastung oder angeborene Charaktereigentümlichkeiten und in der Mehrzahl der Fälle diese beiden degenerativen Züge vor (während erbliche Belastung nur in etwa vierzig Prozent der zur Délire-chronique-Gruppe gehörigen Fälle vorkam).

Darauf wird die Frage der gleichfalls von einer degenerativen Grundlage aus sich entwickelnden paranoia-ähnlichen Psychosen berührt, denen Magnan besondere Aufmerksamkeit gewidmet hat und die er mit folgenden Worten charakterisiert: „Les dégénérés héréditaires ne présentent pas seulement des idées de persécutions sans troubles sensoriels“ (es geht dies auf die „persécutés-persécutés“, die er eben vorher behandelt hat), „ils peuvent aussi être affectés de délire de persécution avec hallucinations et troubles de la sensibilité générale, on bien encore de délire ambitieux accompagné également de troubles sensoriels“, wobei er auch besonders betont, daß diese Größenideen — zum Unterschiede von dem Verhältnis beim Délire chronique — von Beginn der Krankheit an auftreten und sich oft schnell entwickeln („délire d'emblée“), wie auch die Prognose hier nicht ganz so schlecht ist, vielmehr bisweilen Genesung eintritt. Unter den vier Fällen, die Verf. zu dieser Form (von Magnan Délire systématisé genannt) rechnet, finden sich auch zwei, in denen (1 resp. 2 Jahrzehnte) vor der fraglichen Psychose ein Krankheitsfall vorgekommen war, der im Laufe von einem Jahr zur Genesung führte. Von den übrigen zwei hierhergehörigen Fällen zeigt einer Komplikation mit Zwangsirresein, woran der Kranke schon seit seinem 16ten Jahr gelitten hat, während Halluzinationen und darauf beruhende Verfolgungsideen sich erst im Alter von 34 Jahren zu entwickeln begannen, wobei die Bemerkung von Interesse sein kann, daß jedes Krankheitsbewußtsein betreffs dieser späteren Symptome fehlt, während ein solches stets bezüglich der Zwangsvorstellungen vorhanden ist. Auch in dem vierten Falle handelt es sich um eine komplizierte Psychose, indem der Krankheit hier periodisch auftretende Depressionszustände vorhergingen. Was die übrigen fünf in die Rubrik Insania degenerativa aufgenommenen Fälle betrifft, so können sie zunächst als neurasthenische und hypochondrische Psychosen bezeichnet werden, von

denen zwei im übrigen auch ausgeprägte Zwangsphänomene aufweisen. (Zu bemerken ist, daß in keinem dieser Fälle ein Blödsinn vorliegt.)

Betreffs der unter der Rubrik *Psychosis ex intoxicatione* aufgeführten Fälle zeigen die Männer alle das typische Bild einer halluzinatorischen Alkoholparanoia. In zweien dieser Fälle sind Krankheitsanfälle vor demjenigen vorgekommen, an welchen anschließend der jetzige chronische Zustand sich entwickelt hat. Was den dritten Fall betrifft, in welchem die Anamnese sowohl von Alkoholmißbrauch wie von Lues zu berichten hat, so sind hier verschiedene somatische Krankheitszeichen (wie starker Tremor und vollständige Abwesenheit sowohl von Pupillarreaktion wie Patellarreflexen) vorhanden, die es notwendig machen, bei der differentialdiagnostischen Abwägung auch an die Möglichkeit einer Paralyse zu denken; da die Geisteskrankheit indessen in der für die Alkoholparanoia typischen Weise begonnen hat und die Halluzinationen noch immer vollständig das Krankheitsbild beherrschen, während der (jetzt 65jährige) Patient noch nach nahezu zehnjähriger Krankheitsdauer gute Merkfähigkeit und ziemlich gut erhaltenes Gedächtnis zeigt, so ist der Fall als eine Komplikation von Alkoholpsychose und *Tabes* aufgefaßt worden (eine Komplikation, die ja auch von *Cassirer* in seiner Monographie über *Tabes* und Psychose erwähnt wird). Die unter der eben behandelten Rubrik aufgeführte Frau leidet dagegen an myxödematösem Irresein, und es ist dieser Fall nur aus dem Anlaß hierhergestellt worden, weil in der Nomenklatur eine besondere Rubrik für die Autointoxikationsspsychosen fehlt.

Unter der Rubrik *Dementia paralytica* findet sich kein Fall, was hauptsächlich darauf beruhen dürfte, daß Paralytiker wegen der relativ kurzen Lebensdauer im allgemeinen in die Pflegeanstalten für mehr chronisch verlaufende Geisteskrankheiten nicht überführt werden.

Bei der darauffolgenden Rubrik *Dementia organica* wird teils gegen die Bezeichnung selbst der Einwand erhoben, daß die paralytische Demenz z. B. mindestens ebensosehr „organisch bedingt“ ist wie eine senile Demenz, teils gegen den Umfang der Rubrik angemerkt, daß es sich nicht gerade empfiehlt, eine gewöhnliche Krankheitsform wie *Dementia senilis* mit allerhand weniger vorkommenden Psychosen verschiedener Art, wie postapoplektischer Demenz, Psychosen bei Geschwülsten im Gehirn, traumatischen undluetischen Psychosen usw., zusammenzustellen. Statt dessen schlägt Verf. vor, aus allen derartigen Fällen eine besondere Rubrik zu bilden, die dann geeigneterweise den Namen Psychose auf Grund lokaler Erkrankungen des zentralen Nervensystems erhalten könnte, und in einer andern Rubrik, genannt senile Psychose, die einfache senile Demenz und die übrigen senilen Psychosen zu vereinigen, wie die Presbyophrénie (*Wernicke*), die senilen Depressionszustände, die deliriösen Erkrankungen des Greisenalters und die senile Verrücktheit, für welche letztere Form auch eine Krankheitsgeschichte als Beispiel angeführt wird.

Was die Abgrenzung der Rubrik *Imbezillitas* betrifft, so hat Verf., sobald eine Komplikation hiervon mit einer Psychose typischer Art, wie

Hebeprenie, Dementia paranoides, manico-depressiver Psychose usw., vorgelegen hat, über den Fall unter der betreffenden Krankheitsform und nicht unter Imbezillitas berichtet, unter welcher Rubrik dagegen berichtet wird sowohl über Imbezille mit periodischen Unruhezuständen, welche keine wirkliche Exaltation oder manische Ideenflucht gezeigt haben, als auch über einige, von einer imbezillen Basis aus entwickelte, mehr atypische, halluzinationsfreie Psychosen, die sichtlich nächstverwandt sind mit der echten Paranoia, von dieser aber sich dadurch unterscheiden, daß keine logische Bearbeitung oder Systematisierung der Wahnvorstellungen geschieht, welche letztere vielmehr ganz vage bleiben, oft an Stärke variieren, bisweilen in eine vergangene Zeit verlegt werden und im allgemeinen weniger fixiert sind, wozu kommt, daß die angeborene Minderwertigkeit sich deutlich in einer höchst bedeutenden Urteilslosigkeit zu erkennen gibt, die auch den Wahnvorstellungen ihr Gepräge gibt, weshalb die Bezeichnung imbezille Psychosen für derartige Fälle angewendet wird; es wird indessen betont, daß es aller Wahrscheinlichkeit nach einen kontinuierlichen Übergang von diesen Fällen zur echten Paranoia gibt, indem es wahrscheinlich sehr von dem ursprünglichen Zustand des Gehirns abhängt, ob eine gewöhnliche Paranoia sich entwickelt, oder ob es statt dessen bei einer mehr oder weniger rudimentären Form derselben bleibt.

Schließlich wendet sich Verf. gegen die Aufnahme der Rubrik Dementia secundaria in die Nomenklatur, da eine solche Bezeichnung ja nicht das mindeste darüber aussagt, welche Krankheitsform vorliegt, dabei daran erinnernd, daß nicht nur Kraepelin und seine Schüler das alte Griesingersche Dogma, nach welchem die Demenz im allgemeinen etwas Sekundäres wäre, aufgegeben haben, sondern daß auch andere Psychiater sich in demselben Sinne ausgesprochen haben, so z. B. Ziehen, der besonders betont hat, daß eine sekundäre Demenz sicherlich sehr oft unrichtig diagnostiziert wird. Selbst Verf. ist auch zu der Überzeugung gekommen, daß die sekundär Dementen um so mehr verschwinden, je genauer man seine Fälle analysiert. Was dann die wenigen Fälle betrifft, in denen man wirklich berechtigt sein kann, von dem Terminalstadium einer sekundären Demenz zu sprechen, so ist nicht einzusehen, weshalb nicht diese Fälle, wie alle anderen, ein jeder unter der Krankheitsform aufgeführt werden sollen, zu der sie von Rechtswegen gehören. Freilich kann es wohl bequem sein, eine Rubrik wie Dementia secundaria in Fällen anwenden zu können, deren Diagnostizierung auf Schwierigkeiten stößt, im großen und ganzen aber scheint es Verf. doch ein geringerer Übelstand, daß der eine oder der andere Patient eine unrichtige Diagnose erhält, als daß Gelegenheit gegeben ist, beliebig viele seiner Fälle undiagnostiziert zu lassen.¹⁾

¹⁾ Nach Verf.s Erfahrung wird es eine sehr bunte Sammlung von Fällen, die unter die Rubrik Dementia secundaria kommen, wenn eine solche zur Verfügung steht. So fand er beim Durchgehen des hiesigen Materials diese

Zur Erläuterung des Resultates, zu welchem Verf. bei dieser seiner Prüfung der jetzt geltenden schwedischen offiziellen Nomenklatur gekommen ist, wird schließlich eine Tabelle gegeben, in der alle in die Upsalaer Pflegeanstalt während der Jahre 1902 und 1903 aufgenommenen Krankheitsfälle aufgeführt sind, verteilt nach der Form der Krankheit und nach dem Alter bei der ersten Erkrankung.

Petrén, Alfred, Studier öfver Paranoia querulans. Hygiea, Sept.-Okt. 1904.

In der einleitenden Historik erinnert Verf., wie Querulieren an sich kein Beweis für Geisteskrankheit ist, indem es auch nichtgeistesranke Querulanten (*Aschaffenburg*) und sog. Pseudoquerulanten (*Kraepelin*) gibt. Und auch nicht einem jeden Geisteskranken, der queruliert, gehört die Krankheit, die wir Paranoia querulans nennen, indem Prozeßlust bei sehr verschiedenen Formen des Irreseins auftreten kann, wie in *Dementia praecox*, *Dementia senilis*, bei Paralyse, Alkoholpsychosen, Imbezillität und episodisch in periodischen Psychosen (*Kraepelin* u. a.). Bei der Erörterung der Differentialdiagnose zwischen derartigen Fällen und den „echten“ Querulanten berichtet Verf. über einen von *Ödmann* (*Lundts Irrenanstalt*) erwähnten Fall, wo eine Paralyse mit intensivem Querulieren debutierte, und über vier eigene Fälle (Upsalaer Pflegeanstalt), wo dieses Symptom sehr stark hervortrat. Von diesen kann man jedoch nur zwei zu Paranoia querulans rechnen, da der eine Fall eine Alkoholpsychose ist, die in ein chronisches Stadium übergegangen war, in welchem das Querulieren erst nach einjähriger Internierung auftrat, während der andere ein Imbeziller ist, aber bereits seit mehreren Jahren queruliert hatte, ohne daß doch das für Paranoia querulans charakteristische Krankheitsbild sich entwickelte. In jenen Fällen, wo diese Entwicklung vorkam, lagen in beiden sowohl ererbte Veranlagung (Alkoholismus, Geisteskrankheit in der Familie) als schon von Jugend auf hervortretende Charaktersanomalien vor, auf den degenerativen Grund der Krankheit deutend.

Nach Erwähnung der Ansichten mehrerer Autoren (*Schüle*, v. *Krafft-Ebing*, *Hitzig*, *Magyan*, *Kraepelin*) betreffs des Begriffes der fraglichen Krankheit schildert Verf. so die Symptomatologie dieser, hauptsächlich an *Kraepelin* sich anschließend. Sie entwickelt sich als eine gewöhnliche Paranoia (im Sinne *Kraepelins* genommen), aber scheidet sich von dieser darin, daß die Verfolgungsideen sich im allgemeinen nur um Rechtsinteressen, nicht um vitale Interessen bewegen (wie die Krankheit in die Regel auch von einem

„Diagnose“ in einigen älteren Fällen von manico-depressiver Psychose und von Melancholie, bei verschiedenen abgelaufenen juvenilen Katatonien, bei allen Fällen von Spätkatatonie, in der Mehrzahl der Fälle von *Dementia paranoides* usw. angewendet.

Rechtsstreit ausgelöst wird); in einigen Fällen wird doch allmählich das Gebiet der Wahnideen erweitert, indem auch sowohl hypochondrische als Vergiftungsideen auftreten können (*Aschaffenburg*). Sinnestäuschungen gehören nicht zu dem gewöhnlichen Krankheitsbild, und wenn sie mitunter vorkamen, ist es jedenfalls erst später im Krankheitsverlaufe, wie in dem einen der Fälle des Verf.s, wo die Krankheit nun ca. 35 Jahre angedauert hat (und wo der Kranke übrigens taub ist — zweifellos ein für die Entstehung von Gehörstäuschungen prädisponierendes Moment). Bestimmt formulierte Größenideen kamen nicht immer vor, sondern oft hielt sich der „Größenwahn“ in Bahnen eines stark erhöhten Selbstgefühls mit einer allgemeinen Selbstüberschätzung und stark hervortretendem Egoismus. Ein für Paranoia querulans charakteristisches Symptom ist auch eine Steigerung der gemüthlichen Erregbarkeit, welche doch in einem vorgeschrittenen Stadium allmählich wieder abnimmt, gleichzeitig damit, daß eine zunehmende Urteilslosigkeit sich einstellt. — Die Prognose der Krankheit ist ungünstig (obwohl Besserungen eintreten können). Internierung ist oft, aber doch nicht in jedem Falle nötig und soll, so oft es möglich ist, wegen ihrer nachtheiligen Einwirkung vermieden werden. Dagegen muß man stets den Kranken aus den Umständen, unter welchen die Erkrankung stattgefunden hat, versetzen, wie auch die Anschaffung eines Vormunds als ein sehr wichtiges Moment in der Behandlung der verrückten Querulanten betrachtet wird.

Demnächst folgt eine Analyse der alten Frage von dem Verhältnis zwischen Blödsinn und Verrücktheit, und Verf. betont hier, wie die auf diesem Gebiete sehr verschiedenen Ansichten daher kommen, daß verschiedene Autoren diese zwei Begriffe so ganz verschiedentlich fassen. So ist es ja ganz natürlich, daß man während einer Zeit, da die Mehrzahl von Fällen, welche der moderne Psychiater zu *Dementia praecox* rechnet, als Paranoia betrachtet wurde, diese Krankheitsform (wie *Hitzig* u. a.) zu den psychischen Defektzuständen rechnete, eine Ansicht, die gewiß gleich unrichtig ist wie die entgegengesetzte, daß die chronische Paranoia gar keinen Urteilsdefekt zeigt (*Neisser, Sandberg*). Denn zweifellos ist ein Urteilsdefekt nötig für die Entwicklung der Wahnideen des Paranoikers, aber doch ist die Verschiedenheit zwischen Blödsinn und Paranoia hier sehr augenfällig. Denn während eine sehr früh eintretende allgemeine Urteilslosigkeit für *Dementia* (sie mag nun *praecox*, *senilis* oder *paralytica* sein) sehr charakteristisch ist, ist für den echten Paranoiker (im Sinne *Kraepelins*) inkl. den verrückten Querulanten typisch ein Urteilsdefekt, allein auf Dinge begrenzt, die das eigene persönliche Interesse berühren, und daß die Kritik eben in diesem Punkt versagt, kommt natürlich daher, daß alle Vorstellungen, die mit unserem eigenen Ich in naher Verbindung stehen, besonders stark gefühlsbetont sind.

An die hier referierte Studie schließt sich so als Illustration eine längere Schilderung eines Falles von Paranoia querulans an, wo die Entwicklung der Krankheit sehr interessant war, indem die exogenen Ursachen ungewöhnlich hervortretend waren. Der Kranke war nämlich, wie die Rechtsverhand-

lungen deutlich zeigen, in der Tat von einem persönlichen Feinde ökonomisch verfolgt worden, mit dem Resultat, daß das Geschäft des Kranken wegen mehrerer zusammentreffenden unglücklichen Umstände vollständig ruiniert wurde, und diese traurigen Verhältnisse bewirkten so die Entwicklung einer ganz typischen Paranoia querulans. Nachdem ein Vormund eingesetzt war, wurde der Kranke von der Anstalt (Upsala) entlassen und zu jenem überliefert mit dem Rat, ihn nach Amerika, wo er früher zwölf Jahre gewohnt hatte, übersiedeln zu lassen. Da macht er nun seit nahe zwei Jahren Dienst als Führer bei einer elektrischen Straßenbahn, obgleich er immer seine Wahnideen (betreffs der schwedischen Beamten und Rechtsverhältnisse) festhält, wie seine Briefe zeigen. (Autoreferat.)

Moll, A., Über Psychotherapie in der Praxis, mit besonderer Berücksichtigung der Wachsuggestion. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1904. Nr. 5.

Verf. betont in seiner kurzen Abhandlung die große Bedeutung der Psychotherapie, und zwar besonders der Suggestion bei der Behandlung der funktionellen Erkrankungen sowohl wie der organischen Störungen: bei letzteren ist sie natürlich lediglich ein Hilfsmittel zur Bekämpfung der einzelnen Symptome. Es werden die verschiedenen suggestiv wirkenden Mittel mitgeteilt, es wird darauf hingewiesen, daß in der Auswahl derselben stets die Individualität des betreffenden Kranken berücksichtigt werden muß. Vor allem betrachtet Verf. es als einen groben Fehler, ja als Kunstfehler, wenn man einem Kranken mit funktionellen Leiden erklären würde, es handle sich um eingebilddete Leiden.

Gerstenberg - Lüneburg.

Fausser, Zur allgemeinen Psychopathologie der Zwangsvorstellungen und verwandten Symptome. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1905. Nr. 203.

Die psychiatrischen Forschungen berücksichtigen zu wenig die Ergebnisse der wissenschaftlichen Psychologie, die sich jetzt zur Erfahrungswissenschaft herangebildet hat, es sind daher die Grundlagen, die diesem psychiatrischen Forschen gegeben werden, nicht einheitlich genug. Von den Einzelfragen, die in dieser Beziehung noch der Betrachtung in wissenschaftlich psychologischer Beleuchtung harren, greift Verf. das der Zwangsvorstellungen und verwandter Symptome heraus, indem er sich auf die Grundlagen stützt, die *Wundts* Apperzeptionspsychologie bietet. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

Die psychologische Grundlage der Zwangsvorstellungen (wie der Nervosität überhaupt) liegt im Vorgange der Apperzeption, und zwar in einer Verschiebung derselben zugunsten der passiven Form, in einer „Insuffizienz der aktiven Apperzeption“. Dieselbe begünstigt die Bildung rein assoziativer, absurder Vorstellungen. Die Zwangsvorstellungsangst setzt sich zusammen aus den

Partialgefühlen des Peinigenden, Quälenden, die aus dem Vorstellungsverlauf selbst entstammen und „intellektuelle Gefühle“ sind; sie sind, entsprechend dem mühsamen Ringen der geschwächten aktiven Apperzeption „oszillierenden Charakters“ (Zweifel, Unsicherheit usw.). Der Affekt wiederum fixiert die absurde Vorstellung, er verursacht ihr Haften und ihre Wiederkehr. Der Vorgang geht entweder aus in Erstarkung der aktiven Apperzeption (Genesung) oder er führt über zur Wahnidee. Zwangshandlungen endlich, die bei vollsinnigen Personen nur im Zustand höchsten Affektes auftreten, spielen eine große Rolle beim ethischen oder intellektuellen Schwachsinn, wobei die dem Handeln vorausgehende Phase der Zwangsvorstellung abgekürzt sein kann.

Grütter-Lüneburg.

Flatau, Georg, Berlin, Über einen neuen Gymnastikapparat und seine Verwendbarkeit bei Behandlung von Nervenleiden. Mediz. Klinik. 1905. Nr. 27.

Nach einer kurzen Besprechung über den Nutzen gymnastischer Übungen im allgemeinen und bei Nervenkrankheiten im besonderen beschreibt Verf. einen von Dr. G. Müller angegebenen Apparat, der in der Tat vor anderen den Vorzug der Einfachheit und Zweckdienlichkeit zu haben scheint: ein breiter, fester Ledergürtel wird um den Leib geschnallt, zu beiden Seiten läuft durch einen Metallring ein Gummiband, dessen oberes Ende einen Handgriff und dessen unteres Ende einen Steigbügel trägt. Mit diesem einfachen Apparat, dessen Prinzip auf dem Widerstande des elastischen Gummis beruht, lassen sich außerordentlich viel verschiedene Übungen ausführen, deren Vorteil nicht zum mindesten in dieser Variierbarkeit besteht. Der Apparat wird vor allem für Neurastheniker und Nervöse empfohlen, die tagsüber in sitzender Stellung angestrengte Kopfarbeit zu leisten haben.

Grütter-Lüneburg.

Mittelhäuser, E., Apolda, Unfall und Nervenkrankung. Halle, Verlag von Carl Marhold. 1905.

Diese Studie befaßt sich mit der in heutiger Zeit so wichtig gewordenen Frage der Nervenkrankung nach Unfall, der sogenannten „traumatischen Neurose“; sie kann also Anspruch auf Interesse erheben bei allen, die sich mit dieser Frage oft zu beschäftigen haben. Sie wendet sich daher zunächst nicht allein an Vertrauens- und Kassenärzte, sondern auch an Betriebsleiter, Berufsgenossenschaften usw., bietet aber auch manches Wissens- und Beachtenswerte dem Neurologen und Psychiater. Zunächst behandelt Verf. die Geschichte des Begriffes der „traumatischen Neurose“, bei der die Frage, ob das Trauma als hauptsächliches oder nur nebensächliches ätiologisches Moment eine Rolle spiele, lange Zeit strittig war. Es ergibt sich dann aus den folgenden Darlegungen die heute festgelegte und gültige Ansicht, daß die traumatische Neurose nicht eine Krankheit *sui generis* sei, sondern eine

Störung des Gesamtbewußtseins darstelle, die zwar durch einen Unfall hervorgerufen ist, die aber durch die im Kampfe um die Rente entstehende Umformung des gesamten Gedankenlebens ihr besonderes Gepräge erhält, wobei der Unfall nur als auslösendes Moment wirkt. Als ursächliche Momente dieser Störung sind anzuschuldigen das Bestehen und die Handhabung des Unfallgesetzes selber, die mannigfachen Schädigungen der moralischen Qualität des Arbeiters durch soziale Mißstände, dann der Kampf um die Rente und auch die Haltung der Ärzte bei der Handhabung des Gesetzes. Die wirklichen Ursachen der Erkrankung liegen also auf sozialem, moralischem und psychischem Gebiet. Abhilfe kann geschaffen werden durch Abwendung der die Volkskraft vernichtenden Faktoren, den Volkssseuchen, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus, durch Schaffung einer gesunden, auch körperlich kräftigen Jugend und durch eine durchgreifende Wohnungshygiene und Wohnungsreform, in der alle Bestrebungen zur Hebung der Volkskraft schließlich zusammenlaufen.

Grütter-Lüneburg.

Heilbronner, Geistesstörung im unmittelbaren Anschluß an Hirnerschütterung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 49 u. 50.

Vier Fälle von Geistesstörung, die sich im Anschluß an Gehirnerschütterung entwickelten und sich durch Mangel an zeitlicher und örtlicher Orientierung, Herabsetzung der Merkfähigkeit, durch Konfabulation und Urteilschwäche charakterisierten, also dem *Korsakoffschen* Symptomenkomplex entsprachen.

Snell.

Damaye. Obsessions zoophobiques et idées de persécution chez deux sœurs. Revue de psychiatrie. Octob. 1905. pag. 411.

Zwei erblich belastete Schwestern litten besonders an der Angst, es seien Ohrwürmer und Wanzen in ihren Betten, es könne ein Schwein vor der Tür stehen u. dgl.

Snell.

Cerletti-Perusini, Sopra due case famigliari di atassia cerebello-spinale (tipo *Friedreich*?) presentanti alcune rare particolarità. Rivista di Patologia nervosa e mentale. 1905.

Die Verff. beschreiben zwei Fälle von *Friedreichscher* Ataxie bei Geschwistern (Bruder und Schwester), deren Eltern Geschwisterkinder waren. Die Fälle zeigen beachtenswerte Besonderheiten. Gemeinschaftlich war beiden der familiäre Charakter, der Beginn in der Kindheit, die progrediente Tendenz der Erkrankung, statische und dynamische Ataxie, das Fehlen der lanzinierenden Schmerzen, Sprachstörung, Nystagmus, Deformation des Fußes, Erhaltensein der Pupillarreaktion. Dagegen fallen bei dem männlichen Kranken als Besonderheiten auf eine angeborene Mitralstenose und eine Lähmung der beiden recti externi; bei dem weiblichen Falle bestanden Verblödung und

Blasen- und Mastdarmstörungen. Bei beiden Kranken waren die Patellarsehnenreflexe erhalten.

In der näheren Besprechung der Symptome unterziehen die Verff. die Behauptung *Bumkes*, daß nur ein einziger Fall reflektorischer Pupillenstarre bei der *Friedreichschen* Ataxie bekannt sei, einer Kritik und führen eine Reihe von Autoren an, die derartige Beobachtungen gemacht haben.

Probst-München.

Ferrarini, Demenza precoce paranoide. Diagnosi differenziale dalla paranoia. Rivist. Speriment. di Freniatria. XXX—XXXI. fasc. IV—I. 1905.

Der Verf. wendet sich gegen die wachsende Ausbreitung des Begriffes der paranoiden Demenz und behauptet, daß Paranoia und paranoide Demenz nosologisch gut unterschiedene Komplexe seien. Zum Beweise seiner Ansicht und zur Illustration führt er sechs eigene Beobachtungen an. Als Paranoia möchte er jene Fälle aufgefaßt wissen, bei denen das „Quantum geistiger Energie“, das sie in die Anstalt mitgebracht, bis zum Ende fast unverändert bleibt, bei denen also ein Zerfall der psychischen Persönlichkeit im Sinne einer Demenz nicht stattfindet.

Probst-München.

Ferrarini, Paranoia o Demenza paranoide? Lucca, Landi. 1906.

Verf. wendet sich gegen eine Kritik seiner Arbeit „Demenza precoce paranoide“ (*Alberti*, Giornale di psichiatria clin. e tecn. manicom. XXXIII, fasc. III—IV); der Kritiker hält ihm vor, daß die aufgeführten sechs Fälle als paranoide Demenz aufzufassen seien. Verf. weist ihm in überzeugender Weise nach, daß er nicht sehr tief in das Wesen der Paranoiafrage eingedrungen sei, hält seine frühere Auffassung fest und warnt abermals eindringlich vor der immer mehr um sich greifenden Tendenz, nosographisch selbständige Formen in das Gebiet der Dementia praecox einzuschließen, „sonst werden wir zuletzt nur noch eine einzige Form von Geisteskrankheit haben, die Dementia praecox“.

Probst-München.

Pighini e Paoli, Di una speciale forma del globulo rosso nella demenza precoce. Rivista Sperimentale di Freniatria. Vol. XXXI. fasc. II. 1905.

Die Verff. haben neben den roten Blutkörperchen anderer psychisch und körperlich Kranker auch die von zehn Praecocen wiederholt untersucht und haben in allen diesen zehn Fällen das Vorhandensein von drei abnormen Erythrocytenformen konstatiert. Dieser abnorme Typus könnte vielleicht ein wertvolles Hilfsmittel bei der Diagnose Dementia praecox abgeben, wenn er auch nicht als direkt pathognomisch angesehen werden dürfte, da sich bei

den Untersuchungen der Verff. ein ähnlicher Befund auch bei zwei Chlorotischen und einer schweren Epilepsie zeigte. Jedenfalls können die gefundenen Veränderungen als ein Beweis für die schwere Alteration des Stoffwechsels in dieser Erkrankung angesehen werden und dürften nach Ansicht der Verff. eine weitere Stütze der *Kraepelinschen* Auffassung sein, daß es sich bei der Dementia praecox um eine Autointoxikation handle. *Probst-München.*

Garbini, Tumore della fossa posteriore del cranio. Il Manicomio XXI, 2. 1905.

Verf. beschreibt einen Fall von Fibrom der rechten hinteren Schädelgrube, der im Leben so eigenartige Symptome machte, daß die Diagnose aufluetische Basilar meningitis gestellt worden war, obwohl keine Anhaltspunkte für eine frühere Infektion gegeben waren. Besonders merkwürdig ist der Fall noch dadurch, daß an demselben zwei Jahre vor dem letalen Ausgange eine Trepanation mit Entfernung eines guten Teiles des rechten Stirnhirns vorgenommen worden war, ohne daß in der Folgezeit irgendwelche Ausfallserscheinungen von seiten dieses Gehirnteiles auftraten.

Probst-München.

Tomasini, Le psicosi nell' esercito e la istituzione di manicomii da campo. Il Manicomio. 1905. Nr. 2.

Verf. beklagt es, daß seit 1883 (*Grilli*) in Italien keine Arbeit über Geisteskrankheiten in der Armee erschienen sei trotz der großen Fortschritte der Psychiatrie gerade in den letzten zwanzig Jahren. Seiner Ansicht nach sind Psychosen bei der Armee häufiger als in der Zivilbevölkerung; bei dem eigenartigen Einfluß des militärischen Lebens auf viele Psychopathen könne sogar von spezifischen Soldaten- resp. Rekrutenpsychosen geredet werden. Sehr zu denken gebe die Selbstmordziffer in der italienischen Armee, welche doppelt so groß sei als die Frankreichs, und doch dieses Land nach Rasse und Klima Italien am nächsten stünde. An Häufigkeit geistiger Störungen sei die italienische Armee nur von der englischen und belgischen übertroffen, bei denen aber diese Häufigkeit in der anderen Zusammenstellung ihren Grund habe (Freiwilligenheere). Von ungeheurer Wichtigkeit sei die Kenntnis des Geisteszustandes der Offiziere; viele russische Niederlagen im letzten Kriege gingen auf geistige oder nervöse Störungen kommandierender Offiziere zurück. Verf. bespricht die schrecklichen Folgen, die sich im Kriegsfall aus der Einstellung von Psychopathen und Minderwertigen in die Armee ergäben, und weist auf das massenhafte Auftreten geistiger Störungen unter Soldaten und Offizieren in den letzten Kriegen hin. Er plädiert für die Schaffung psychiatrischer Feldhospitale im Kriege.

Probst-München.

Angiolella, Sulle allucinazioni e sulle psicosi allucinatorie. Il Manicomio. XXI, 1. 1905.

Der Verf. gibt als Einleitung die Geschichte eines sehr merkwürdigen Falles: es handelt sich um einen Bauern, der im Alter von 12 Jahren ein schweres Schädeltrauma erlitten (Fraktur des rechten Scheitelbeines) und seitdem ein verändertes Wesen gezeigt hatte; er entwickelte sich zum „paranoiden Charakter“ und erkrankte im Alter von 40 Jahren, acht Tage nach seiner Verheiratung, an Verfolgungswahnsinn auf Grund massenhafter Gehörshalluzinationen. In der Anstalt bot er das Bild eines richtigen Paranoikers, indem sich an das erste Stadium der Verfolgungsideen ein zweites mit Größenvorstellungen anschloß. Der Tod erfolgte elf Jahre nach der ersten Aufnahme in die Anstalt durch Tuberkulose. Bei der Sektion fand sich entsprechend einer von dem Trauma herrührenden Impression des Schädels in der Gehirnsubstanz eine Impression in der rechten Regio parieto-temporalis, nämlich im rechten unteren Parietallappen, in der Nähe des hinteren Astes der Sylvischen Furche, an der Grenze gegen den Schläfenlappen. An dieser Stelle war die graue Substanz atrophisch, und die weiße auf eine Strecke hin durch ein dunkelgraues Gewebe von viel härterer Konsistenz als die der Gehirnsubstanz ersetzt. Über die Größe dieses Herdes findet sich keine Angabe; ebenso fehlt ein mikroskopischer Befund.

Verf. hält die beschriebene halluzinatorische Geistesstörung als einen Folgezustand des Traumas. Er führt die Theorie *Tamburinis* an, der die Entstehung der Halluzinationen auf einen Reizzustand der sensorischen Rindenzentren zurückführt, sowie die Modifikation dieser Theorie durch *Tanzi*, der über diesen sensorischen Zentren noch psycho-sensorische Zentren mit einseitiger Lage annimmt, von denen die Halluzinationen ausgingen. Der Verf. ist ein Anhänger der Hypothese *Tanzis*. „Da nun“, so führt er aus, „die Lokalisation dieser einseitigen psycho-sensorischen Zentren noch sehr unvollkommen bekannt ist, so kann vielleicht der in Frage stehende Fall dazu beitragen, wenigstens die Lage eines dieser Zentren kennen zu lernen, da bei diesem Falle zusammentreffend mit einer schweren Läsion des unteren Teiles der rechten unteren Parietalwindung massenhafte und anhaltende akustische Halluzinationen aufgetreten sind.“ Verf. sucht dann nachzuweisen, daß seine Annahme des psycho-akustischen Zentrums an dieser Stelle keiner der bisher bekannten Tatsachen widerspreche und sich auch mit den Anschauungen *Flechtsigs* decke. Verf. führt weiterhin aus, daß es verfehlt sei, die Halluzinationen immer nur als Teilsymptome einer allgemeinen Erkrankung anzusehen; es sei vollkommen genügend zur Auslösung einer Geistesstörung, wenn z. B. das psycho-akustische Zentrum allein erkrankt sei. Nach dem Satze *nihil est in intellectu, quod prius non fuerit in sensu* führt er in geistvoller Weise aus, wie sich die Lebensauffassung eines Menschen ganz naturgemäß ändere, sowie die Sinne ihm subjektive Produkte lieferten, die mit der Realität der Dinge nicht korrespondierten. Mit Nachdruck weist er auf

das immer noch so sehr vernachlässigte individuelle Moment bei jeder Psychose hin; je nach Temperament und Intellekt des Erkrankten verläuft auch die Reaktion. Daß gerade in der Jugend so viele Individuen unter den Erscheinungen halluzinatorischer Geistesstörungen erkranken, hat seinen Grund nach der Ansicht des Verf.s darin, daß in der Jugend die Sinnesfunktionen den größten Teil des psychischen Feldes einnehmen und daher auch leichter von pathogenen Momenten betroffen werden. Wenn man genau hinsähe, so fände man unter den Fällen, die *Kraepelin* in seinen „dreißig Vorlesungen“ als Präcoce oder gar als Katatoniker aufführe, viele, die lediglich als „delirii sensoriali“ aufzufassen seien. Über *Kraepelins* Aufstellungen äußert er sich übrigens an einer Stelle ziemlich bitter, indem er u. a. sagt: K. „glaubt auf dem Punkt angekommen zu sein, die krankhaften Prozesse der Psyche zu erkennen, bloß weil er alle Fälle packt und sie in seine zwei großen Suppentöpfe der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins wirft.“

Am Schlusse faßt *Angiolella* seine Ansicht noch einmal dahin zusammen: Beim „Delirium sensoriale“ beginnt das Krankheitsbild mit Halluzinationen: das Krankheitsbild nimmt verschiedene Formen an auf Grund der Reaktion, welche der individuelle psychische Organismus diesen störenden und verwirrenden neuen Erscheinungen entgegensetzt. *Probst-München.*

Pighini, Contribuzione allo studio della demenza precoce. Rivista Sperimentale di Freniatria XXXI, fasc. III/IV. 1905.

Verf. hat bei zehn an Dementia praecox leidenden Kranken Untersuchungen der Körpertemperatur und des Pulses angestellt. Niedere Achselhöhlentemperatur und Abnormitäten des Pulses sind schon früheren Beobachtern aufgefallen; neu dürften zwei Resultate der Untersuchung sein: einmal die unregelmäßige und sprunghafte Art in den Veränderungen der Pulsfrequenz; dieselbe änderte sich in allen zehn Fällen mehr oder weniger alle 2—3 Stunden und wechselte oft ganz unvermittelt zwischen 70—100 Schlägen in der Minute. Ferner dürfte ein spezielles Interesse die Qualität des Pulses beanspruchen, zu deren Illustration der Arbeit sphygmographische Figuren beigegeben sind. In allen Fällen haben sich, zum Teil sogar ganz scharf ausgeprägt, folgende Charaktere ergeben: Der Höhepunkt der Systole ist in den Kurven viel niedriger als normal; die Rückstoßlevation ist nur ganz wenig ausgeprägt; dagegen treten die elastischen Elevationen viel schärfer hervor. Zur Erklärung dieses Befundes nimmt Verf. an, daß es sich bei der präcöcen Demenz oder, vorsichtiger ausgedrückt, bei den von ihm untersuchten Fällen um einen Zustand erhöhter Spannung der Arterienwände verbunden mit einer verminderten Kontraktionsfähigkeit des Herzmuskels handelt. Da Verf. bei keiner anderen geistigen Erkrankung diese Erscheinungen fand, glaubt er sich zu der Schlußfolgerung berechtigt, daß bei der präcöcen

Demenz eine Alteration des ganzen kardio-vasalen Apparates auf vorläufig nicht bekannter Basis vorliege.

Zum Schlusse berichtet er noch über die Resultate, die er mit Nebenschilddrüsenextrakt bei drei Katatonikern gesehen. Er beobachtete Hebung der Herztätigkeit, des allgemeinen Stoffwechsels, der Temperatur und einen gewissen Nachlaß der katatonischen Kontrakturen, solange das Mittel gegeben wurde. Ein Einfluß auf das psychische Verhalten konnte nicht konstatiert werden. Die Resultate sind jedenfalls nicht so, daß man daraus schließen könnte, daß die katatonischen Kontrakturen, die Tachykardie, die Stoffwechselanomalien usw. bei der präcoken Demenz die Folge einer gestörten oder fehlenden Funktion der Nebenschilddrüse seien. *Probst-München.*

Cotton, Unsoundness and mental disease in a local prison. The Journal of mental science. Januar.

In den Lokalgefängnissen werden die Untersuchungsgefangenen und solche Gefangene, deren Strafe nicht mehr als zwei Jahre beträgt, untergebracht. Verf. hat bei den Insassen des Lokalgefängnisses zur Bristol Untersuchungen auf den Geisteszustand angestellt und unterscheidet unter ihnen vier Gruppen: 1. Die Gewohnheitsverbrecher, Schwindler, Gauner u. dgl. Sie sind geistig gesund, doch kommt unter ihnen ziemlich häufig Simulation von Selbstmord vor. 2. Die Trunksüchtigen und solche, die sich in der Trunkenheit ein Vergehen, meistens eine Gewalttat, haben zuschulden kommen lassen. Diese Gruppe ist die zahlreichste, wohl 90%. Unter ihnen bricht häufig im Gefängnis das Delirium tremens aus. 3. Die Schwachsinnigen, geistig und körperlich Degenerierten und Verkrüppelten, die sich im Gefängnis gut halten, aber draußen den Kampf ums Dasein nicht bestehen können und immer mit den Gesetzen in Konflikt geraten. 4. Die eigentlich Geisteskranken, deren Verbrechen eine Folge der Geisteskrankheit ist. Verf. hat verschiedene Fälle von progressiver Paralyse, Melancholie und Paranoia unter ihnen gefunden. — Das Verfahren zur Überführung eines Geisteskranken aus dem Gefängnis in die Irrenanstalt ist ziemlich umständlich. *Ganter.*

Townsend, Mental depression and melancholia considered in regard to auto-intoxication, with special reference to the presence of Indoxyl in the urine and its clinical significance. The Journal of mental science. Januar.

In 16 Fällen von akuter Melancholie fand Verf. eine Vermehrung des Indoxyls im Urin. In den Fällen, bei denen Genesung eintrat, ging auch das Indoxyl wieder auf die beim gesunden Menschen vorkommende geringe Menge zurück. In manischen Zuständen konnte keine Vermehrung des Indoxyls nachgewiesen werden, wohl aber in manisch-depressiven Zuständen. Das reichliche Vorkommen des Indoxyls deutet auf abnorme Fäulnisprozesse im

Darmkanal hin, die toxämische Erscheinungen im Gefolge haben. Ob diese nun, was die Entstehung der Melancholie anbetrifft, eine primäre oder sekundäre Rolle spielen, läßt Verf. vorläufig noch unentschieden. Therapeutisch empfiehlt er Milchdiät.
Ganter.

Cole, Clinical observations on *Korsakoff's* Psychosis. The Journal of mental science. Januar 1904.

Klinische Beschreibung von sechs Fällen der *Korsakoff'schen* Psychose.
Ganter.

Andriezen, The problem of heredity, with special reference to the pre-embryonic life. The Journal of mental science. Januar.

Verf. gibt eine Übersicht über die Fragen der Erbllichkeit, ausgehend vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkt, und bespricht zuletzt die Wirkung der Syphilis, der Blei- und vor allem der Alkoholvergiftung auf die Keimzellen.
Ganter.

Soca, Sobre la hemiplegia dolorosa de origen central. Archivos brasileiros de Psychiatria e Neurologia. 1, 3 u. 4.

Drei Fälle von Hemiplegia dolorosa. Die Schmerzen gingen der Hemiplegia voraus und hielten nach dem Anfall lange Zeit an. Ihr Ursprung ist zentral. Es handelte sich um alte Leute mit Arteriosklerose.
Ganter.

Alexander, A note on Veronal as a hypnotic and sedative in mental affections. The Journal of mental science. Januar.

Verf. hat Veronal bei allen möglichen Formen geistiger Störung mit Erfolg und ohne Nachteil angewandt. Er gibt ihm vor allen andern Mitteln den Vorzug. Nur bei einem Fall, der in zwei Tagen 3.0 g Veronal erhalten hatte, zeigten sich Koordinationsstörungen, ähnlich wie nach Sulfonal, die aber rasch nach Aussetzung des Mittels wieder schwanden. In einem andern Fall wurde jedesmal schon nach der ersten Dosis eine roseolähnliche Eruption auf Gesicht und Brust beobachtet.
Ganter.

Bond, A plea for the closer study of the body-weight and its relation to mental disease. The Journal of mental science. Januar.

Verf. schlägt vor, die gewöhnliche Gewichtsliste so zu erweitern, daß die Gewichtszunahme der Kranken auch in Prozenten angeführt werde. Be-

trägt das Anfangsgewicht z. B. 122 Pfd., die Zunahme nach einer gewissen Zeit 10 Pfd., so würde die Formel lauten: $\frac{10 \times 100}{122} = 8,2\%$. Auf diese Weise glaubt Verf. gefunden zu haben, daß gewisse Krankheitsgruppen eine überraschend gleichmäßige prozentuale Gewichtszunahme zeigten, wodurch es sich vielleicht einst ermöglichen lasse, bestimmte Krankheitsgruppen aus dem allgemeinen Chaos abzusondern.

Ganter.

Norman, Modern witchcraft: a study of a phase of paranoia. The Journal of mental science. Januar.

Der alte Hexenglauben ging dahin, daß man einer Person Übles zufügen könne, wenn man einem ihr gehörigen Gegenstand die entsprechende Behandlung angedeihen lasse. Verf. bringt drei Fälle, in deren Wahnsystem diese alte Vorstellung noch eine Rolle spielte.

Ganter.

Steen, Mental disease with exophthalmic goitre. The journal of mental science. Januar.

Vier Fälle von *Basedowscher* Krankheit, die an Melancholie erkrankten. Erhebliche Besserung in geistiger und körperlicher Beziehung nach Behandlung mit Nebennierenextrakt. Ein Fall starb.

Ganter.

Bolton, Amentia and dementia: A clinico-pathological study. The Journal of mental science. April, Juli, Oktober.

Verf. hat früher bereits 200 Fälle pathologisch-anatomisch untersucht. Denen reiht er nun weitere 233 Fälle an. Zuerst gibt er eine kurze klinische Geschichte, um dann den pathologisch-anatomischen Befund mitzuteilen, bei dem besonders die Hirngewichte, Gefäßveränderungen, die Befunde an den Ventrikeln von Interesse sind. Da Verf. seine Fälle klinisch in zwei große Krankheitsgruppen teilt (Amentia und Dementia, je nachdem es sich um einen angeborenen oder erworbenen Defekt handelt), die er wieder in zahlreiche Untergruppen zerlegt, so ist eine einheitliche Darstellung seiner Ergebnisse nicht möglich.

Ganter.

Cole, A contribution to the study of disorders of visual association in insanity. The Journal of mental science. Juli.

Es handelt sich um einen Fall von *Korsakoffscher* Psychose, den Verf. psychologisch untersuchte. Der Kranken wurde vorgelesen, Bilder vorgelegt und Gegenstände in die Hand gegeben. Verf. fand, daß das Gedächtnis für alle Arten der Sinnesempfindungen geschwächt ist, aber nicht im gleichen Grade. Gehörseindrücke z. B. hafteten länger als Gesichtswahrnehmungen.

Ganter.

Weatherley, The natural characteristics and temperaments of our patients and how they help or handicap us in our treatment. The Journal of mental science. Juli.

Verf. zeigt, von wie großem Nutzen in der Behandlung der Geisteskranken die Berücksichtigung ihrer Eigentümlichkeiten, ihrer Charaktereigenschaften und Gewohnheiten ist. *Ganter*.

Mc. Conaghey, Adolescent insanity, a protest against the use of the term: „Dementia praecox.“ The Journal of mental science. April.

Verf. schlägt vor, die „Dementia praecox“ mit „Jugendirresein“ zu vertauschen. Das Jugendirresein teilt er in drei Formen: 1. das einfache, 2. das mit Wahnideen und Sinnestäuschungen, 3. das katatonische. *Ganter*.

Raw, The relation of mental symptoms to bodily disease, with special reference to their treatment outside lunatic asylums. The Journal of mental science. Januar 1904.

Für manche akuten Fälle von Geistesstörungen, wie sie sich oft an eine körperliche Erkrankung (Herz- und Nierenkrankheiten, Gicht, Myxödem, Basedowsche Krankheit, Diabetes, Chorea, Typhus) anschließen, oder im Gefolge von Vergiftungen (Alkohol, Belladonna usw.) auftreten, sollte nach Verf. jede Stadt besondere Aufnahmeabteilungen errichten. Diese Fälle könnten meist nicht in den Irrenanstalten aufgenommen werden, da sie nicht als geisteskrank im strengen Sinne des Wortes begutachtet werden könnten, sonst aber fehle es an geeigneter Gelegenheit zur Behandlung und Pflege. Wenn die Städte in der vom Verf. vorgeschlagenen Weise Vorsorge treffen würden, so würde das sowohl den Kranken als auch den Studierenden zum Besten gereichen. Diese würden die akuten Geistesstörungen besser kennen lernen. *Ganter*.

Raymond, Clinique des maladies du Système Nerveux. V. Série, Paris 1901.

Der Verf. behandelt in 32 Vorlesungen eine Reihe von Erkrankungen des Nervensystems an der Hand des Krankenmaterials der Salpêtrière, meist Fälle mit eigenartigen Symptomenkomplexen oder seltenen Erscheinungen. Im Anschluß an die Fälle bespricht er die Pathologie der einzelnen Erkrankung, ferner sehr eingehend ihre Geschichte in der medizinischen Wissenschaft sowie die Differentialdiagnose, Prognose und Therapie. Auch in ihren Erscheinungen verwandte Krankheiten werden häufig in den Kreis der Betrachtungen gezogen.

Er beginnt mit der Besprechung der Herdepilepsie, deren Operation er mehrfach hat ausführen lassen, der er jedoch jetzt skeptisch gegenübersteht. Es folgen sodann einige Beobachtungen von Läsionen und Tumoren der Hirnbasis, ferner wird an der Hand mehrerer Fälle die Diagnose der Bulbärparalyse, der Pseudobulbärparalyse cerebralen Ursprungs und der sogenannten Bulbärasthenie besprochen. Daran schließen sich Schilderungen einer Reihe atypischer Formen der multiplen Sklerose, wobei die Schwierigkeit einer sicheren Differentialdiagnose gegen die Hysterie betont wird, weiter werden die objektiven Sensibilitätsstörungen bei Tabes und Syringomyelie besprochen. Unter Erkrankungen der Wirbelsäule mit Einwirkung auf die Medulla finden sich drei Fälle von chronischer ankylosierender fortschreitender Gelenkerkrankung, ferner gelangen drei Fälle von Sklerodermie, ein Fall von doppelseitiger Facialislähmung bei Polyneuritis, endlich als seltenes hysterisches Symptom die Worttaubheit zur Besprechung.

Hervorzuheben ist, daß man sich schnell in das Buch hineinliest und daß auch mittelmäßigen Kennern der französischen Sprache das Lesen keine Schwierigkeiten macht. *Haenisch.*

Sachs, Dementia praecox. Verhandlungsbericht der New York neurological society. The journ. of nerv. & ment. disease. Jan. und Juni.

Zur Diskussion stehen die Fragen, ob die Aufstellung der Dementia praecox unsere Anschauungen über die verschiedenen Formen jugendlicher Psychose gefördert hat, ob nicht jetzt die Neigung besteht, dem jugendlichen Irresein eine allzu schlechte Prognose zu stellen, wie oft tatsächlich Dementia bei jugendlicher Psychose eintritt? *Sachs* vertritt die Ansicht, daß die Bezeichnung Dementia praecox auf die Fälle zu beschränken sei, in denen psychischer Verfall bereits in frühem Stadium der Krankheit erkennbar sei, zu weite Ausdehnung des Begriffs drücke den jugendlichen Psychosen mit Unrecht den Stempel der Unheilbarkeit auf, es gebe typische Fälle von Dementia praecox ohne Ausgang in Verblödung. *Meyer* und *Hirsch* betonen im Gegensatz zu den neueren Ansichten *Kraepelins* den degenerativen Charakter der Dementia praecox. *Prout* schließt aus den abweichenden Befunden von Blutuntersuchungen, daß es sich um mehrere Typen handle. *Dent* bemerkt, daß ihm ein Drittel der 911 Aufnahmen eines Jahres als Dementia praecox zugeführt wurden. *J. Collins* tritt durchaus den Anschauungen *Kraepelins* bei. *Matusch.*

Peterson, A case of exophthalmic goiter associated with scleroderma and alopecia. The journal of nerv. & ment. disease. Mai.

Die Kombination von je zwei dieser Affektionen ist beschrieben, die aller drei ist neu. *Matusch.*

Pick, A., Über einen weiteren Symptomenkomplex im Rahmen der Dementia senilis, bedingt durch umschriebene stärkere Hirnatrophie (gemischte Apraxie). Monatsschrift f. Psych. und Neurol. Bd. 19, Heft 2.

Ein Fall von vorzeitiger Dementia senilis, dessen eigenartige Symptome: amnestische Aphasie und gemischte Apraxie durch stärkere Atrophie der linken Hemisphäre, insbesondere des unteren Scheitellappens und der zweiten und dritten Schläfenwindung erklärt sind; die Apraxie bezeichnet *P.* als gemischte, weil ihr Hauptanteil der ideomotorischen (*Liepmanns* ideatorischen), ein geringerer Teil auf die rein motorische Apraxie entfällt. Die Tatsache, daß die Atrophie kaum die Rinde, in hohem Maße aber das Mark betraf und sich ziemlich genau auf die Assoziationszentren *Flechsigs* beschränkte, führt zur Prüfung der Frage, ob dieser Prädisposition besondere Momente zugrunde liegen. Hypothetisch könnten sie in dem stärkeren Schutz der Projektionszentren gegen Atrophie, in deren stärkerer Beteiligung bei der *Lissauerschen* Paralyse und in der Annahme elektiver Erkrankung (*Wernicke*) gesucht werden, am zutreffendsten aber in Disposition und Hypoplasie.

Matusch.

Masoin, Paul, Epileptiform attacks during the course of Dementia praecox. The journal of nerv. & ment. disease. September.

In zwei Fällen wurde einmaliger kurzer Anfall von Krämpfen, im dritten wiederholte Anfälle, in allen aber ohne Bewußtseinsverlust beobachtet. zwei weitere zeigten klassische und häufige epileptische Anfälle. *M.* sieht in ihnen Entladungen der motorischen Spannung der Katatoniker. *Matusch.*

Bliss, Epidemic multiple neuritis of obscure origin. The journal of nerv. & ment. disease. Dezember.

Von 250 Insassen einer Anstalt erkrankten 24 (23 männliche, 1 weibliche) an multipler Neuritis, auf 50 Epileptische kamen 14 Erkrankte. Die Ursache war unbekannt. Sieben starben an interkurrenten Krankheiten, die übrigen genasen nach durchschnittlich achtmonatiger Krankheitsdauer.

Matusch.

D'Orsay, Hecht, A study of dementia praecox. The journal of nerv. & ment. disease. November—Dezember.

Verf. gibt einen historischen und klinischen Überblick über die Lehre von der Dementia praecox im Rahmen der Anschauungen *Kraepelins*. (Aut.)

Matusch.

7. Paralyse und syphilitische Psychosen.

Ref.: Schlüter-Gehlsheim.

Naka, Kinichi, Rückenmarksbefunde bei progressiver Paralyse und ihre Bedeutung für das Zustandekommen der reflektorischen Pupillenstarre. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel. Archiv für Psychiatrie, Bd. 40.

N. hat das Rückenmark von 43 Paralytikern untersucht und nur in einem derselben keine Veränderungen gefunden. 35mal bestand kombinierte Erkrankung von Seiten- und Hinterstrang, 6mal isolierte Erkrankung des Hinterstranges und einmal des Seitenstranges. Totale Lichtstarre der Pupillen hatten 23 Patienten gehabt, gesteigerte Kniereflexe 26, fehlende Kniereflexe beiderseits 13, ungleiche 2.

Bezüglich der anatomischen Grundlage für das Zustandekommen der reflektorischen Pupillenstarre wendet N. sich gegen die Ansicht *Reinhardt's*, welcher die Degeneration in der Zwischenzone des oberen Halsmarks als Ursache betrachtet. Denn in einem der Fälle N.s war, obgleich ausgesprochene Pupillenstarre bestanden hatte, das Rückenmark ganz intakt, während in einem anderen trotz totaler Degeneration der Zone nur träge Reaktion vorhanden gewesen war.

Die leichten Hinterstrangerkrankungen, welche man bei Paralyse meistens findet, sind hinsichtlich der Lokalisation den tabischen nicht gleichzusetzen. Die Beteiligung der hinteren Wurzeln ist in den einzelnen Abschnitten des Rückenmarkes sehr verschieden, der Prozeß ist kein rein segmentweise fortschreitender. Auch kommt eine über die graue Substanz hinweg auf den Seitenstrang übergreifende Degeneration der Hinterwurzeln bei Tabes nicht vor.

Reinhold, Über Dementia paralytika nach Unfall. Aus dem städtischen Krankenhaus zu Crefeld. Neurolog. Zentralblatt, Nr. 14.

Dem Trauma wird von der Mehrzahl der Autoren bei der Ätiologie der Paralyse nur eine untergeordnete Bedeutung zuerkannt, und Fälle, in denen das Trauma die alleinige Ursache bilden soll, werden daher mit großem Mißtrauen aufgenommen. Unter diesen Umständen verdient die von R. veröffentlichte genaue Beobachtung ein besonderes Interesse.

Bei einem ausnehmend kräftigen, durch keine erbliche Belastung oder frühere Erkrankung disponierten Manne zeigten sich in unmittelbarem Anschluß an einen Unfall (Fall auf die Gesäßgegend beim Tragen eines schweren Sackes) zunächst nur heftige Kreuzschmerzen, nach einem Vierteljahr dagegen schon träge Pupillenreaktion, schwerfälliger, steifer Gang. Nach zehn Monaten

Kopfschwindel und starke Abnahme der Sehkraft; daher Verdacht auf organisches Gehirnleiden. Noch sieben Monate später Verwirrheitszustände, reflektorische Pupillenstarre, gesteigerte Sehnenreflexe, Paresen und Sprachstörung. Dann epileptiforme Anfälle und rascher psychischer Verfall. Ein Jahr und sieben Monate nach dem Trauma plötzlicher Exitus. Die bei Lebzeiten noch nicht ganz sichere Diagnose auf progressive Paralyse wurde durch den makroskopischen und mikroskopischen Befund bei der Sektion zweifellos. — Für die praktische Begutachtung würde man in diesem Falle die Paralyse ohne Frage als Unfallkrankheit anerkennen müssen.

Hudovernig und Guszmann, Über die Beziehungen der tertiären Syphilis zur Tabes dorsalis und Paralysis progressiva. Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und aus dem dermatologischen Institut in Budapest. Neurolog. Zentralblatt, Nr. 3.

Die Verf. haben 50 an tertiärer Syphilis leidende Kranke, bei denen seit der Infektion wenigstens drei Jahre verflossen waren, auf Paralyse und Tabes untersucht (24 männliche, 26 weibliche). Das Alter der Patienten schwankte zwischen 24 und 64 Jahren, die Zeit seit der Infektion zwischen 3 und 30 Jahren. Es fanden sich Tabes in 24 %, Paralyse in 14 %, Taboparalyse in 8 %, kombinierte Systemenerkrankung in 2 %, und gesundes Nervensystem in 44 %. Als verdächtig wurden 8 % bezeichnet, deren Klagen ganz denen der Tabiker entsprachen, bei denen jedoch mangels objektiver Befunde die Diagnose nicht gestellt werden konnte. Heredität fand sich unter 28 Fällen 11 mal (39 %). Von diesen elf litten 64 % an Tabes oder Paralyse, von den Unbelasteten nur 41 %, mithin scheint die Heredität eine erhebliche Rolle zu spielen in dem Sinne, daß bei bestehender Syphilis die erblich Belasteten leichter an Paralyse und Tabes erkranken. Ein Einfluß auf die Beschleunigung der Krankheitsentwicklung läßt sich dagegen nicht nachweisen.

Ein enger Zusammenhang zwischen Tabes, Paralyse und Syphilis ist unzweifelhaft. Ob aber die ersteren nur durch Syphilis bedingte, aber mit ihr nicht identische Erkrankungen des Zentralnervensystems sind, oder lediglich besondere Manifestationen der Syphilis, ist zurzeit noch nicht zu entscheiden.

Fischer, Über die syphiligen Erkrankungen des zentralen Nervensystems und über die Frage der „Syphilis à virus nerveux“. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 28.

In der vorliegenden Arbeit sind von den syphiligen Erkrankungen des Nervensystems hauptsächlich Tabes und Paralyse berücksichtigt und insbesondere verwertet für die Entscheidung der Frage, ob es eine spezielle Art des luetischen Virus gibt, welche mit Vorliebe das Nervensystem schädigt. Zu diesem Zwecke ist das gesamte Material in vier Gruppen geteilt: 1. infantile

und juvenile Tabes, Taboparalyse, Paralyse usw. mit Lues, 2. syphilogene Nervenkrankheiten bei Ehegatten, 3. Fälle von Tabes, Taboparalyse, Paralyse und anderen syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems sowie deren Mischformen, 4. Gruppenerkrankungen aus einer gemeinsamen bestimmten Infektionsquelle bei mehreren Individuen ohne verwandtschaftliche oder familiäre Beziehungen und sonstige einheitliche Schädlichkeiten. — Besonders lehrreich ist die letzte, wenn auch kleinste Gruppe, weil derartige Gruppenerkrankungen ohne syphilitische Infektion bisher nirgends beschrieben sind, also höchst wahrscheinlich überhaupt nicht vorkommen.

Nonne, Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der anatomischen Grundlage der „syphilitischen Spinalparalyse“. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 29.

N. hat auf Grund seiner 1902 veröffentlichten Zusammenstellung der bisherigen Ergebnisse anatomischer Untersuchungen bei „syphilitischer Spinalparalyse“ gefunden, daß dieser Symptomenkomplex eine mehrfache anatomische Grundlage haben kann, nämlich 1. eine chronische fleckweise Myelitis transversa mit auf- und absteigender Degeneration, 2. eine solche kombiniert mit primärer Pyramidenstrangdegeneration, 3. eine Pyramidenstrangdegeneration allein, und 4. eine kombinierte Strangdegeneration, d. h. eine in den Hinter- und Seitensträngen primär auftretende Erkrankung. Er kann den früheren Fällen jetzt noch eine eigene Beobachtung hinzufügen.

Ein Herr, welcher sich im 30. Lebensjahr syphilitisch infiziert hatte, zeigte mit 57 Jahren folgende Erscheinungen: leicht spastischen Gang, pathologische Steigerung der Sehnenreflexe, Myosis und Trägheit der Lichtreaktion der Pupillen und geringe Blasenstörung. Dieser Befund blieb bis zu dem im 70. Jahre erfolgenden Tode im wesentlichen unverändert. Die Sektion ergab mäßige Degeneration der Gollschen Stränge im Cervikal- und Dorsalmark, der Pyramidenseitenstränge im Lendenmark und ganz geringe diffuse Degeneration im mittleren und unteren Dorsalmark und daneben Wandverdickung der Gefäße ohne spezifischen Charakter und leichte Meningitis posterior. Es handelte sich also um eine kombinierte Strangerkrankung mit diffuser myelitischer Affektion.

Mendel, Zur Paralyse-Tabes-Syphilisfrage. Neurolog. Zentralblatt, Nr. 1.

Ein zehnjähriger Junge, dessen syphilitischer Vater an Tabes litt und die Mutter infiziert hatte, bot seit zwei Jahren Erscheinungen von progressiver Paralyse (Intelligenzschwäche, Silbenstolpern, Pupillenstarre, *Romberg*, ungleiche und gesteigerte Patellarreflexe). Eine hereditäre Lues ist dem Verf., abgesehen von den Symptomen, schon wegen der Erfolglosigkeit einer unter-

nommenen Schmierkur unwahrscheinlich. — Ein anderer ebenfalls zehnjähriger Junge, der von luetischen Eltern stammte, litt an Paralyse und Tabes. Beide Fälle sprechen für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse.

Als Beispiel für Syphilisätiologie bei Tabes führt *M.* noch einen Herrn an, der mit 52 Jahren Lues akquirierte und mit 67 Jahren Tabes bekam. Ein so spätes Auftreten von Tabes ist selten und entspricht offenbar der ebenfalls ungewöhnlich späten Infektion.

Vogt und Frank, Über jugendliche Paralyse. Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Langenhagen. Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 20.

Bei einem imbezillen Jungen, der in den ersten Lebensjahren Typhus und „Hirnentzündung“ durchgemacht, trat vom zehnten Jahre ab zunehmende Verschlechterung ein: körperlich epileptiforme Anfälle, Steigerung der Sehnenreflexe, Ungleichheit und träge Reaktion der Pupillen, starke Beeinträchtigung der Motilität und Sprachstörung; geistig Abnahme der ohnehin schon geringen intellektuellen Fähigkeiten und des Gedächtnisses, daneben große Euphorie und unsinnige Größenideen. — Zur Zeit des Berichtes waren seit Einsetzen des körperlichen und geistigen Verfalls bereits sechs Jahre verflossen. Von Lues war in der Anamnese nichts bekannt, doch halten Verf. wegen der *Hutchinsonschen* Zähne eine erbliche Belastung für wahrscheinlich.

Kornfeld-Gleiwitz, Traumatische Geistesstörung. Idiopathische allgemeine Paralyse? Alkoholische Pseudoparalyse? Ärztl. Sachverständigen-Zeitung, 1905. Nr. 10.

Ein 42 jähriger Arbeiter, der früher stärker getrunken und seit Jahren den Eindruck eines geistig Minderwertigen gemacht hatte, fiel am 19. Juni 1904 von der Kellertreppe und zog sich eine Verletzung des Rückens und Kopfes zu. Nach dem Unfalle deutliche Zunahme der Geistesschwäche, Kopfschmerzen, Herabsetzung der Sensibilität an den Beinen, gesteigerte Patellarreflexe und Sprachstörung. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus am 17. August Diagnose: Paralytische Geistesstörung. Auf Jodkali rasche Besserung und Entlassung (22. September). Mai 1905 mehrmals heftige Krämpfe. Bei der zweiten Aufnahme (17. Mai) fast starre Pupillen. 24. Mai Exitus. Die Sektion ergab unter anderem Leptomeningitis und starken Hydrocephalus internus. — Das Gutachten ließ die Frage, ob Dementia infolge von Alkoholismus vorläge oder die demente Form der Paralyse, unentschieden, betonte aber, daß der Alkohol jedenfalls nicht alleinige Ursache der tödlichen Krankheit gewesen sein könnte, sondern der Unfall als auslösende Ursache angesehen werden müßte. Mindestens wäre ein Zusammenhang zwischen Unfall und Tod sehr wahrscheinlich; die Annahme einer selbständig oder ledig-

lich infolge des Alkoholismus aufgetretenen Paralyse hätte keine genügende Grundlage.

Feilchenfeld-Berlin, Die Unterschrift der Paralytiker. Aus der Praxis der Lebensversicherung. Ärtzl. Sachverständigen-Zeitung, 1905. Nr. 6.

F. hat die Sterbefälle einer Lebensversicherung durchgesehen, bei denen der Tod an *Dementia paralytica* nach kurzer Versicherungsdauer eingetreten war. Er führt 18 Proben von Namensunterschriften an. Bei sieben derselben sind deutliche Merkmale von Paralyse zu erkennen, während nur vier ganz unverdächtig erscheinen können. Der Zeitraum von der Aufnahme in die Versicherung bis zum Tode schwankte zwischen zwei Wochen und fünf Jahren. Wegen der Wichtigkeit der Schrift für die Diagnose der Paralyse verlangt *F.*, es solle in das vertrauensärztliche Attest die Frage aufgenommen werden, ob Veränderungen in der Schrift zu konstatieren seien, und man solle sich nicht mit der Namensunterschrift begnügen, sondern noch etwa Wohnung und Berufsart hinzufügen lassen.

Mönkemöller, Zum Kapitel der konjugalen Paralyse. Aus der Provinzial-Irrenanstalt Osnabrück. Ärtzl. Sachverständigen-Zeitung, 1905. Nr. 2.

In dem von *M.* beschriebenen Falle hatte der Ehemann seine Frau luetisch infiziert, und beide erkrankten etwa zu gleicher Zeit an Paralyse, doch wurde bei ersterem das Leiden längere Zeit verkannt, so daß seine Aufnahme in die Anstalt erst nach zwei Jahren erfolgte, nachdem er sein Mobiliar demoliert und sein Vermögen verschleudert hatte und mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten war. Verf. weist darauf hin, daß, wenn sich nach Erkrankung des ersten Ehegatten an Paralyse auch bei dem andern Symptome geistiger Störung zeigen, man auch hier sogleich den Verdacht auf Paralyse hegen und für rechtzeitige Anstaltsbehandlung sorgen müsse, wodurch viel Unheil vermieden werden könne. Leider aber seien die psychiatrischen Kenntnisse bei dem Gros der praktischen Ärzte nicht ausreichend, um eine rechtzeitige Erkennung dieser folgenschweren Geisteskrankheit zu ermöglichen.

Fabinyi, Über die syphilitischen Erkrankungen der Basilararterien des Gehirns. Aus der Klinik für Nerven- und Geistesranke in Klausenburg. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 30.

Die von *F.* ausführlich mitgeteilten drei Fälle waren in der Art und Weise der Erkrankung histologisch sehr verschieden, im Endresultat aber gleich, denn es handelte sich stets um eine Endarteriitis obliterans. Aus

dieser Verschiedenheit erklärt Verf. den Umstand, daß die Autoren bald die Intima, bald die Media und bald die Adventitia für primär erkrankt halten, während seiner Ansicht nach das Virus der Syphilis alle drei Gefäßschichten gleichzeitig unabhängig voneinander befallen kann. Das Gefäßlumen wird schließlich oft ganz verlegt und die nun außer Ernährung gesetzten Teile des Gehirns verfallen der Erweichung. — Die Erkrankung war in allen drei Fällen sehr verbreitet und dementsprechend auch die Erweichung. Sie betraf im ersten Falle hauptsächlich den rechten Stirnlappen, den linken Gyrus centralis und Schläfenlappen und beide Corpora striata; im zweiten den vorderen Pol des rechten Temporallappens und beide Corpora striata; im dritten ebenfalls beide Streifenhögel und außerdem den linken Linsenkern. Die Corpora striata scheinen demnach eine Vorzugsstelle für die Erweichung bei syphilitischen Gefäßerkrankungen an der Hirnbasis zu sein.

Draeseke-Hamburg, Progressive Paralyse und Chorea. Aus dem städtischen Irren- und Siechenhause zu Dresden. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XVII.

Choreatische Bewegungen kommen bei Paralyse im letzten Stadium nicht gerade selten vor (7,2%), dagegen sind sie im Anfange derselben bisher nur in vier Fällen beschrieben worden, und zwar von *Golgi*, *Schuchardt*, *Simon* und *Mendel*. Diesen fügt Verf. noch vier eigene Beobachtungen hinzu, in denen die Chorea ein hervorragendes Symptom bildete. Oberhaupt war das Krankheitsbild bei allen vier ein sehr ähnliches und entsprach im wesentlichen dem der von *Binswanger* als „hämorrhagisch“ bezeichneten Form der Paralyse: akutes Einsetzen schwerster Krankheitserscheinungen. Unorientiertheit, starke halluzinatorische Erregungszustände und heftigste motorische Reizerscheinungen bei rapidem geistigen Verfall; anatomisch finden sich miliare Blutungen im Gehirn.

Das Auftreten von choreatischen Bewegungen im Verein mit andern schweren Krankheitserscheinungen beim Beginn einer Psychose im dritten Dezennium muß nach *D.s* Ansicht stets den Verdacht auf Paralyse erwecken.

Gieseler, Paralyse und Trauma. Aus der psychiatrischen Klinik in Königsberg. Archiv für Psychiatrie, Bd. 40.

Aus der von *G.* aufgestellten Übersicht über die einschlägige Literatur geht hervor, daß nur wenige Autoren einem vorausgegangenen Trauma die Bedeutung eines ätiologischen Momentes für die Entstehung der progressiven Paralyse einräumen. Die große Mehrzahl läßt nur die Schaffung eines Locus minoris resistentiae durch Kopferletzung gelten, resp. die Verschlimmerung einer schon bestehenden Paralyse. Als einzige Ursache genügt das Trauma keinesfalls, doch kann es ein dem paralytischen sehr ähnliches Krankheitsbild hervorrufen, das sich aber doch in wichtigen Punkten (Fehlen

der Pupillen- und Sprachstörung, geringere Intelligenzschwäche) unterscheidet. Auch kann eine erhebliche Verletzung die Entstehung der Paralyse so fördern, daß die Krankheit praktisch doch als Folge des Unfalls anzusehen ist. — Man darf einen Zusammenhang nur dann annehmen, wenn vor dem Trauma trotz genauer Nachforschungen keine Erscheinungen von Paralyse nachzuweisen sind, wenn die Verletzung eine sehr beträchtliche gewesen ist, und die Erkrankung weder allzu früh noch allzu spät nachher auftritt.

Von den sechs vom Verf. beschriebenen Fällen war nur bei zweien ein ursächlicher Zusammenhang anzunehmen.

Fry, F. R., Two cases of syphilitic disease of the cervical spine. The journ. of nerv. & ment. disease. February.

Bericht über zwei Beobachtungen ohne anatomischen Befund, aus denen F. eine Unterabteilung cervikaler Spinalsyphilis bilden möchte, charakterisiert durch Nackensteifigkeit mit Schmerzpunkten bei tiefem Druck, neuralgische Schmerzen mit vorzugsweise nächtlichen Schmerzparoxysmen, Fehlen sensibler und motorischer Lähmungen, Heilung durch spezifische Behandlung.

Matusch.

Marie et Pelletier, Madeleine, Le mal perforant dans la paralyse générale. Revue de Psychiatrie. November.

Die Ansichten über die Entstehung des Mal perforant gipfeln in drei Theorien der Ursachen: lokale Gefäßerkrankung, zentrale Läsion der vasotrophischen Zentren oder der Ganglien oder der Wurzeln, und allgemeine Dyskrasie oder Infektion. Den drei mitgeteilten Fällen lag Alkoholismus, Syphilis, Diabetes nach vorausgegangenem Botulismus zugrunde. Gemeinsam war allen drei Fällen, daß das Mal perforant die Manifestierung der Paralyse einleitete und seine Heilung mit Remission der Paralyse einherging. Die geringen Erfolge artefizieller Eiterung, die sich auf diese alte Beobachtung gestützt hat, erklären M. und P. etwas gewaltsam damit, daß in der spontanen Eiterung eine Selbsthilfe des Organismus zur Ausscheidung schädlicher Stoffe zu erblicken sei, welche die artefizielle Eiterung nicht entfernen kann.

Matusch.

Knauer, G., Progressive Paralyse? Münchener medicin. Wochenschrift. Nr. 8.

Ein syphilitisch gewesener Kaufmann träumte mit Verfolgern zu ringen und fand beim Erwachen, daß er seine Frau fast erwürgt hatte: einige Wochen später träumte er, mit Licht etwas suchen zu müssen, und erwachte, ein brennendes Zündholz in der Hand. Belastung, Wutausbrüche seit der Kindheit. Alkoholmißbrauch machen doch zweifelhaft, ob, wie K. annimmt, Epilepsie „ganz ausgeschlossen“ ist.

Matusch.

Titius, Über eine eigenartige Form der jugendlichen Paralyse.
Inaugural-Dissertation, Königsberg.

Von Kindheit auf mäßig schwachsinniges 24-jähriges Mädchen, Vater leugnete Lues, hatte aber differente, lichtstarre, entrundete Pupillen. Der einjährige Verlauf der Paralyse bot nichts Besonderes. Enderarteriitis basilaris von *Heubnerschem* Typus. *Matusch.*

Nücke, Syphilis und Dementia paralytica in Bosnien. Neurologisches
Zentralblatt, Nr. 4.

In der Tatsache, daß in Bosnien, wie in anderen von der modernen Kultur wenig berührten Ländern, die Seltenheit der Paralyse in keinem Verhältnis steht zu der weitverbreiteten Syphilis, sieht *N.* einen Beweis, daß die Gehirninvalidität die Ursache der Dementia paralytica ist. Lues sei bei spezifischer und meist angeborener Disposition zur Paralyse eine weitere und die häufigste Vorbereiterin des Leidens, gewöhnlich aber nicht mehr. *Matusch.*

Marie, Paralyse générale et syphilis chez les arabes. La Syphilis,
revue mensuelle, Bd. 4.

Aus der Statistik der Irrenanstalt Abbassich bei Kairo ergibt sich, daß die Paralyse bei den ägyptischen Arabern ziemlich häufig ist, sie betrug etwa 6% der Aufnahmen, Syphilis war in ca. 80% des Bestandes Paralytischer zu ermitteln und in einem erheblich höheren Prozentsatz als bei nicht-paralytischen Geisteskranken, der Zeitraum zwischen Infektion und Paralyse betrug im Mittel 5—10 Jahre, spezifische Behandlung hatte selten vorher stattgefunden. In 40% wirkte außer Syphilis noch Alkoholmißbrauch, ferner Haschisch und Pellagra. Im Verlauf und dem Obduktionsbefunde zeigte sich nichts Ungewöhnliches, die demente Form überwog. Der Prozentsatz der Paralyse in der Bevölkerung ist viel höher einzuschätzen, weil viel Paralytische in der Heimat bleiben und schlechter Behandlung und barbarischen Kuren erliegen. *M.* erwähnt die Schwierigkeit, Störung der Sprache und Pupillenreaktion bei Arabern zu diagnostizieren. *Matusch.*

Roemheld, Über den *Korsakoffschen* Symptomenkomplex bei Hirn-
lues. Archiv für Psychiatrie, Bd. 41, Heft 2.

Das *Korsakoffsche* Syndrom ist bei Hirnlues noch nicht beobachtet worden, allerdings konnten, wie *R.* ausführte, in dem vorliegenden Falle diffuseluetische Gefäßerkrankung und Steigerung des intrakraniellen Druckes durch ein Gumma für das Zustandekommen herangezogen werden. Für das letztere sprachen Stauungspapille, Anfälle von Schwindel und Bewußtseinsverlust und mäßiger Stupor. Einfache Schmierkur schien ohne Erfolg, es

wurde aber völlige Heilung durch kombinierte Anwendung von Hg und Jod erzielt. R. neigt am meisten zu der Erklärung des *Korsakoffschen* Syndroms im beschriebenen Falle durch luetische Intoxikation. *Matusch.*

Holden W. A., Early ocular signs of Dementia paralytica. The *journ. of nerv. & ment. disease.* November.

In 51 Fällen von Dementia paralytica im frühen Stadium fand sich Unregelmäßigkeit der Form in 70%, Ungleichheit in 45%, fehlende sensorische Reaktion in 87%, Lichtstarre in 28%, fehlende Konvergenzreaktion in 9%, Abnorme Enge in 55%. Echte und alkoholistische Pseudoparalyse zeigten hierin keinen Unterschied. *Matusch.*

Vupras, Cl., L'étiologie de la paralysie générale d'après les discussions de l'Académie de Med. et les nouvelles recherches sur la syphilis expérimentale. *Rev. de psychiatr.* 1905. Nr. 8.

Eine ausführliche Mitteilung über die Ansichten der französischen Psychiater über den ätiologischen Zusammenhang zwischen der Syphilis und der progressiven Paralyse, die beweist, daß bislang über keine Frage eine volle Einigkeit erzielt ist. Vielleicht sind die experimentellen Untersuchungen über die Syphilis in der Lage, einige Klarheit zu bringen. Im übrigen muß auf das Original verwiesen werden. *Behr-Lüneburg.*

Marchand, L., Du rôle étiologique de la syphilis dans les psychoses. *Revue de psychiatrie.* 1905. Nr. 5.

Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen über die Bedeutung der Syphilis in der Ätiologie der Psychosen zu folgenden Resultaten: die Syphilis vermag durch ihre toxische Wirkung bei prädisponierten Individuen Psychosen hervorzurufen, doch sind diese Fälle nur selten. Die Geistesstörung bricht in diesem Falle fast stets in den der Infektion folgenden Monaten aus. Mit den psychischen Störungen zusammen finden sich häufig spezifische Erkrankungen der Haut. Jede Syphilis, ob leicht oder schwer, vermag psychische Störungen hervorzubringen. Es handelt sich dabei am häufigsten um Fälle von Melancholie, Manie, halluzinatorischer Verwirrtheit und um stuporöse Zustände. Die Prognose dieser Seelenstörungen ist eine gute, sie gehen meistens in Genesung aus, dabei kürzt die Behandlung der Syphilis meist die Dauer der psychischen Erkrankung ab. Die Syphilis vermag auch durch hypochondrische Ideen melancholische Störungen und Neigung zum Selbstmord zu veranlassen. *Behr-Lüneburg.*

Damaye, Henri, Tentative homicide commise par une paralytique générale avec tendances mélancoliques. *Revue de psychiatrie*. 1905. Nr. 5.

Es wird, unter Mitteilung eines Falles, auf die Gefahren hingewiesen, die auch seitens paralytischer Kranker besonders in Depressionszuständen durch Mordversuche auf ihre Umgebung drohen können. *Behr-Lüneburg*.

Shepherd Ivory Franz, The reeducation of an aphasia. *Journal of philosophy, psychology and scientific methods*. 1905. Nr. 22.

Verf. hat mit gutem Erfolg versucht, in einem Falle von sensorischer Aphasie durch methodische Übungen die Sprache gewissermaßen wieder zu erziehen. Er empfiehlt dieses Verfahren in allen denjenigen Fällen, bei denen das Befinden des Kranken es gestattet. Dabei muß mit einer gewissen Vorsicht vorgegangen und ein zu intensives Üben vermieden werden, und zwar gilt das besonders für die Fälle, bei denen die Aphasie die Folge einer Blutung in das Gehirn ist, weniger bei den durch Embolie verursachten Aphasiestörungen. Eine tägliche morgens und nachmittags vorgenommene Übung von wenigen Minuten ergibt bald eine erhebliche Besserung. Offenbar übernehmen andere Teile des Gehirns und besonders die rechte Hemisphäre die Funktion der ausgefallenen Hirnteile. *Behr-Lüneburg*.

Cotton, Henry, A., A contribution to the study of the relation of general paralysis and tabes dorsalis. *American journal of insanity*. April 1905.

Verf. kommt auf Grund der Literaturangaben über das Verhältnis der progressiven Paralyse zur Tabes dorsalis und einer größeren Anzahl eigener ausführlich mitgeteilter Fälle zu folgenden Schlüssen:

1. Die klinische Tabes und die Paralyse stimmen in vieler Beziehung sowohl in der Ätiologie wie in der Symptomatologie und im Verlauf überein.
2. Das Vorkommen beider Erkrankungen bei demselben Individuum bedeutet mehr als ein zufälliges Zusammentreffen.
3. Die Symptome bei der Taboparalyse sind identisch mit denen der progressiven Paralyse und Tabes, wenn beide Krankheiten getrennt auftreten. Sie unterscheiden sich entsprechend den anatomischen Veränderungen nur in dem Grade.
4. Den klinischen Erscheinungen der Taboparalyse liegen die gleichen anatomischen Veränderungen zugrunde, wie jeder einzelnen der beiden Krankheiten.
5. Die anatomischen Veränderungen in den Hintersträngen und der segmentale Charakter der Erkrankung ist bei der Taboparalyse der gleiche wie bei der Tabes, auch stimmen die Befunde in der Rinde mit denen bei der progressiven Paralyse überein.
6. Die Frage, ob die Paralyse und die Tabes identische

Erkrankungen sind, läßt sich zurzeit bei der unbestimmten Pathogenese nicht sicher entscheiden, wenn auch manches dafür spricht.

Behr-Lüneburg.

Marie et Pelletier, Le mal perforant dans la paralysie générale. Revue de psychiatrie, Nr. 11. Novemb. pag. 469.

Es werden drei Fälle mitgeteilt, in denen bei Paralytischen Hautgangrän an den Füßen auftrat, einmal nach dem Genuß von verdorbenem Fleisch. Als Erklärung wird die Annahme vasomotorischer Störungen, welche von dem Zentralorgan abhängig sind, der Erklärung durch die geringere Widerstandsfähigkeit der Gewebe und der Annahme von Infektion vorgezogen.

Snell.

Vigouroux, Les escares dans la paralysie générale. Revue de psychiatrie. Oktober. pag. 397.

Die Schädigungen der Haut, welche häufig bei Paralytischen, besonders in dem Endstadium der Krankheit, beobachtet wurden, galten früher allgemein als trophische, zum Wesen der Krankheit gehörige, unvermeidliche Störungen. Auch in Frankreich werden gegen diese Auffassung Zweifel erhoben. *Vigouroux* nimmt eine vermittelnde Stellung ein. Er meint, die Paralytiker seien durch die Erkrankung ihres Nervensystems zu gangränösen Prozessen in der Haut prädisponiert; bei ihnen würden durch Druck, Unreinlichkeit, lokale Infektion u. dergl. Störungen hervorgerufen, welche bei anderen Menschen nicht auftreten würden. Neben den vermeidbaren Fällen von Gangrän gebe es auch unvermeidliche, so daß man dem Wartpersonale oder dem Arzte niemals das Vorkommen gangränöser Hautprozesse bei Paralytischen an sich zum Vorwurfe machen dürfe.

Snell.

Middlmass, A case of developmental general paralysis. The Journal of mental science. Januar 1904.

Fall von progressiver Paralyse bei einem 16jährigen Menschen. Der Vater hatte Syphilis gehabt und war mit 50 Jahren an Paralyse gestorben. Der Kranke wurde mit dem Zeichen hereditärer Syphilis geboren. *Ganter.*

Baird, Statistical observations on general paralysis. The Journal of mental science. Juli.

Verf. hat 131 männliche Paralytiker klinisch und pathologisch-anatomisch untersucht. Von der klinischen Seite ist interessant, daß Verf. glaubt, die Krankheitsdauer nehme ab. Das Durchschnittsalter der Aufgenommenen betrug 40,6 Jahre. 77 % der Aufgenommenen waren verheiratet. Die pathologisch-

anatomische Untersuchung ergab, daß in $\frac{1}{4}$ der Fälle Pachymeningitis haemorrhagica vorlag. Die weichen Häute hafteten fast immer mehr oder weniger fest der Rinde an. Regelmäßig zeigte der vierte Ventrikel Granulationen. Ganter.

Graham, A case of general paralysis of the insane, with syphilitic meningomyelitis. The Journal of mental science. Oktober.

Die Differentialdiagnose schwankte anfangs zwischen Sklerose und Paralyse. Die Sektion und mikroskopische Untersuchung zeigte, daß es sich um Paralyse auf syphilitischer Basis handelte. Die Meningomyelitis hatte vom Rückenmark aus auf das Gehirn übergegriffen. Ganter.

8. Epilepsie und Hysterie.

Kinberg, O., Om den metatrophiska behandlingarna af epilepsi. Allmänna Svenska Läkartidningen 1904, Nr. 30—32.

Verf. resümiert erst die verschiedenen Meinungen betreffs des physiologischen Fundamentes dieser von *Ch. Richet* und *Ed. Toulouse* eingeführten Methode, Epilepsie mit Hypochlorierung und gleichzeitiger Zufuhr von Bromsalzen zu behandeln, und referiert demnächst die bis dahin über Versuche hiermit publizierten Arbeiten, welche zeigen, daß auch betreffs des therapeutischen Wertes der Methode die Ansichten sehr divergierend sind. Er betont indessen hier, wie die ungünstigen Schlußfolgerungen von *Helmstedt* und *Pandy* wegen ihrer kurzen Behandlungszeit (fünf Wochen — ein Monat) sehr unsichere sein müssen, da der Effekt — nach *Laudenheimer* — ja mehr auf der Menge des in den Organismus deponierten Broms, als auf der Größe der täglichen Bromdosis beruht, weshalb es auch ganz klar ist, daß es mehrere Wochen dauern kann, bevor die Behandlung das Maximum von Wirkung erreicht hat.

Verf. berichtet so über 30 eigene Fälle mit einer Behandlungszeit von höchstens $1\frac{3}{4}$ Jahren (nämlich vom 1. Juli 1902, da wir mit den fünf ersten Fällen begannen, bis 1. April 1904), wenigstens zwei Monaten und durchschnittlich 14,7 Monaten. Im Anfang bekamen die Kranken nur Milch (2—3 l täglich) und Eier (4—6 täglich), dann auch Margarine (25 g täglich) und ungesalzenes Brot (250 g täglich). Jene Diät entwickelt 1665—2480 Kalorien, diese 2775—3590. Die größte Zufuhr von NaCl wurde zu höchstens 4 g täglich berechnet. Von Bromsalzen wurde nur NaBr angewendet. Die Anfangsdosis war im Jahre 1902 immer nur 2 g täglich, dann im allgemeinen

3 oder 4 g. Die größte Dosis pro die war für die Frauen 4 g und für die Männer 5 oder in einem Falle 6 g. Durchschnittlich war die tägliche Dosis etwa 3 g.

Von einer guten Behandlungsmethode für Epilepsie hat man nach dem Verfasser zu fordern: 1. Verminderung der Frequenz und Intensität der Anfälle. 2. günstige Einwirkung auf den psychischen Zustand der Kranken und 3. zudem keine ungünstige Einwirkung auf die Prognose der Krankheit.

Betreffs des ersten von diesen Punkten ist das Resultat sehr günstig gewesen, indem wir in 22 Fällen eine entschiedene Verminderung der Anfälle konstatieren konnten. In zwei von diesen kamen gar keine Anfälle vom Anfange der Behandlung an vor, und bei einem anderen, der während zwölf Monate vollständig frei von Anfällen gewesen war, stellten sich diese sofort ein, als die Behandlung zessierte. Übrigens wurden die epileptischen Insulten in der Mehrzahl von Fällen, wo sie nicht vollständig verschwanden, doch sehr vermindert sowohl hinsichtlich der Dauer als der Intensität. Nicht so günstig war die Wirkung der Methode auf den habituellen psychischen Zustand, indem hier nur in sieben Fällen eine recht erhebliche Verbesserung beobachtet wurde, während in zwei Fällen sogar eine augenfällige Verschlimmerung eintrat und in der Mehrzahl der Fälle überhaupt gar keine Veränderung konstatiert werden konnte. Dagegen zeigte diese Behandlungsmethode in bedeutendem Grade die Fähigkeit, die Entstehung von epileptischen Delirien und Dämmerzuständen zu verhüten, denn in 14 Fällen, wo solche psychischen Äquivalente früher ganz oft vorkamen, hörten sie nach Beginn der Behandlung vollständig auf.

Betreffs der Einwirkung auf den körperlichen Gesamtzustand ist zu erwähnen, daß Intoxikationssymptome von gelindem Grade ziemlich gewöhnlich waren (nämlich bei sechs Männern und fünf Frauen), während schwerere Vergiftung in fünf Fällen (alle Frauen) vorkam. Das Körpergewicht zeigte während der Behandlung im allgemeinen eine Zunahme, die oft ganz bedeutend war. Nur in vier Fällen trat eine Verminderung des Gewichtes ein, und von diesen endigten drei letal. Insgesamt starben sechs von den Behandelten, der eine an Phthisis pulmonum. Die übrigen fünf Fälle, zu denen Verf. alle diejenigen zählt, bei denen der Behandlung eine gewisse Bedeutung als beitragende Todesursache beizumessen ist, kann man in zwei Gruppen sondern. In der einen von diesen (drei Fälle) traten schwere Vergiftungssymptome ein, wozu dann Anzeichen einer Infektion kamen, die binnen ein paar Tagen zu Mors führte. Die Sektion zeigte hier in einem Falle Enteritis und Endocarditis acuta, in einem anderen Bronchitis acuta und Endocarditis acuta und in dem dritten Septicaemia, hervorgerufen durch Angina tonsillaris. Diese Erfahrung spricht also sehr für die Wahrscheinlichkeit, daß Hypochlorierung (und Brom) die Widerstandskraft des Organismus gegen Infektionen vermindern kann. In den zwei anderen Fällen waren die Intoxikationssymptome nur von ziemlich gelindem Grade, und doch traten Herzschwäche und tödlicher Ausgang sehr bald ein. Indessen wurde in diesen beiden Fällen bei der Sektion eine Degeneratio adiposa cordis konstatiert.

Die Behandlungsmethode ist demnach bei weitem nicht gefahrlos. Deswegen meint Verf., daß man ganz bestimmte Kontraindikationen aufstellen muß. Als solche nennt er nun 1. alle Herzkrankheiten, 2. solche Krankheiten, die das Herz besonders anstrengen (Nephritis, Emphysema usw.) und 3. Obesitas (auch während der Behandlung entstanden) wegen der Gefahr von Herzveränderungen. Schließlich betrachtet er eine andauernde Abnahme des Körpergewichts nach Beginn der Behandlung als ein Signum mali ominis, das eine bestimmte Indikation bildet, mit dieser aufzuhören. Beobachtet man diese Vorsichtsmaßregeln, glaubt Verf., daß die Gefährlichkeit der Methode sehr vermindert wird, und hält fest an der Berechtigung der Methode wegen ihres großen therapeutischen Effektes. Betreffs ihrer Einwirkung auf die Prognose der Krankheit betont er, daß sie nach unserer Erfahrung die Fähigkeit besitzt, die Entstehung von Status epilepticus (nach *Habermas* sonst für 47,6% von allen Epileptikern die Todesursache) vollständig zu verhindern. Indessen rät Verf., nur mit 2—2,5 g Brom zu beginnen und die Dosis erforderlichen Falls sehr vorsichtig zu vermehren, und betont auch, daß größere Dosen (4—5 g) eine sehr genaue Aufmerksamkeit erfordern, um Vergiftung (die zum Teil als eine Folge von NaCl-Mangel betrachtet wird) zu vermeiden, indem man bei beunruhigenden Symptomen die Bromzufuhr sofort vermindern eventuell ganz einstellen muß und gleichzeitig 10—12 g NaCl täglich geben kann, um die Eliminierung von Brom zu erleichtern.

Alfred Petró.

Eulenburg, A., Die Hysterie des Kindes. Berlin, Bernhard Simion Nachf. 1905. 38 S.

Nachdem *A. Freund* in der Sammlung von *Karewski: Moderne ärztliche Bibliothek*, die Hysterie bearbeitet hat, bespricht hier *E.* die Hysterie des Kindes. Er läßt hier nur das gelten, was sich vor vollendeter Pubertät abspielt. Den Abschluß der Pubertätsentwicklung bildet beim weiblichen Geschlecht das vollendete vierzehnte Lebensjahr.

Umpfenbach.

Mörchen, Epileptische Bewußtseinsveränderungen von ungewöhnlicher Dauer und forensischen Folgen. Monatsschrift für Psych. u. Neurol. Januar 1905.

Es handelt sich um einen jungen Mann, in dessen Familie Epilepsie bereits mehrfach vorkam, und der seit seinem 22. Lebensjahre an offenbar epileptischen Bewußtseinsstörungen leidet, wo er triebartig die Wohnung verläßt und sich ans Wandern gibt. Zuerst dauerte diese Wanderung nur einige Tage, später einige Monate. Plötzliches Erwachen. Pat. findet sich dann, je nach der Dauer der Störung, in näherer oder weiterer Entfernung von seiner Heimat wieder. Diese Anfälle kehren in ungleichen Intervallen wieder, sind auch mal ein Jahr ausgeblieben. In letzter Zeit läßt sich Pat.

während dieser Anfälle allerlei Betrügereien oder dergl. zuschulden kommen.
Nachher vollständige Amnesie. *Umpfenbach.*

Ehrcke, H., Über Bromeigon und Peptobromeigon in der Behandlung der Epilepsie. Psych.-Neurolog. Wochenschrift. 1905. Nr. 44.

Bromeigon ist eine Bindung von Brom an Eiweiß, das Peptobromeigon eine Verbindung zwischen Pepton und Brom (*Helfenberg*). Beide Mittel enthalten ca. 11% Brom. Die Versuche in Uchtsprünge haben gelehrt, daß beide Mittel die Zahl der Krampfanfälle nicht sonderlich beeinflussen. Die üblen Nebenwirkungen des Broms scheinen aber weniger häufig zutage zu treten.
Umpfenbach.

Bruck, C., Zur Kasuistik der hysterischen Schlafzustände. Deutsche Mediz. Wochenschr. Nr. 11. 1905.

Der 22jährige Kranke, der in Ostasien Malaria und Typhus überstanden und gesund in Europa gelandet, schläft im November 1903, nachdem er einige Zeit sehr heftige Kopfschmerzen gehabt hat, plötzlich neben seinem Fuhrwerk ein und ist drei Tage lang nicht zu erwecken. Nach dem Erwachen große Mattigkeit und Amnesie für die Zeit des Schlafes. Im Frühjahr 1904 wieder achttägiger Schlaf, im Herbst ein viertägiger, im Dezember zwei mehrtägige, der letzte in der Klinik. In den Zwischenzeiten relatives Wohlbefinden. Trypanosomen oder Malariaplasmodien nicht nachweisbar. Anamnese und klinische Beobachtung sprechen für einen Schlafzustand hysterischer Natur.
Umpfenbach.

Alt, K., Die Bekämpfung des Status epilepticus. Münch. Mediz. Wochenschr. Nr. 13. 1905.

Von den Epileptikern in Uchtsprünge neigen 3% zum Status epilepticus. Epileptiker leiden vielfach an motorischer Insuffizienz und starker Fäulnis im Darm. Koprostase kann einen Status epilepticus auslösen, ebenso Alkohol. Ebenso kann Morphin wirken, starke Nervenreize, sexuelle Exzesse, strahlende Sonnenhitze, plötzliches Aussetzen der Bromtherapie u. a. Therapeutisch empfiehlt A. zunächst die Überführung in ein stilles, matt erhelltes Zimmer, dann einen hohen Darmeinlauf, dann Brom, Chloralhydrat, Amylenhydrat, Dormiol, Opium, am besten per rectum. Brom hilft nicht, wenn der Kranke bereits unter Brom steht. Chloral bis zu 4 g in zwei Dosen, nicht mehr und nur bei kräftigem Puls, sonst lieber Amylenhydrat 2—6 g. event. wiederholt. Bei schwacher Herzstätigkeit kann man 10—15 gtt Strophantus-tinktur beisetzen. In schweren Fällen Chloroformnarkose, event. kombiniert mit Sauerstoffinhalation und Amylen per rectum. Meist genügt wenig Chloroform. — Ähnlich ist die Behandlung bei Eklampsie der Kinder und Schwangeren und dem Status epilepticus der Paralytiker.
Umpfenbach.

Dölger, R., Hysterische rechtsseitige Taubheit mit gleichseitiger Hyperästhesie des äußeren Ohres. Münch. Mediz. Wochenschr. Nr. 14. 1905.

Es handelt sich um ein zwölfjähriges Mädchen, das vor Jahren ein Trauma capitis erlitten und schon mal an rechtsseitiger Ohreiterung gelitten hatte. Jetzt ist der Warzenfortsatz äußerst druckempfindlich, das Einführen des Trichters und die Berührung der Gehörgangswände, insbesondere der knöchernen unteren Wand äußerst schmerzhaft. Hörweite für Flüstersprache rechts = 0. Stimmgabel a^1 vom Scheitel ins linke gesunde, rechts per Luft nicht gehört. Dabei war die Kranke geschwätzig und heiter. Nach ca. 14 Tagen rechts und links normaler Befund. *Umpfenbach.*

Flatau, G., Über einen Fall von traumatischer Hysterie mit ungewöhnlicher Häufung von Symptomen. Ärztl. Sachverständigen-Zeitung. Nr. 7. 1905.

Es handelt sich um ein 24jähriges Mädchen, das bereits früher im Anschluß an einen Shock nervöse Erscheinungen hatte, dann aber jahrelang gesund war. Nach einem Unfall — ein Bügeleisen fiel ihm auf den Kopf — Bewußtlosigkeit und darauf Taubheit und Gefühllosigkeit der linken Körperhälfte. — *F.* fand linkerseits Herabsetzung der motorischen Kraft, Anästhesie vollständig bis zur Mittellinie, rechts dagegen stellenweise schmerzhaft Überempfindlichkeit, die auch im hypnotischen Schlaf bemerkbar blieb. Störung der Lageempfindung links. Gehör, Geruch und Geschmack links schlechter als rechts. Sehnenphänomene gesteigert. Das Gesichtsfeld links stark eingeengt in Form des röhrenförmigen Gesichtsfeldes; es wird fast nur zentral gesehen. Rechts ist die konzentrische Einengung wesentlich geringer. Links Doppelsehen, Behinderung der Augenbewegung nach rechts und links. Dabei keine Spasmen, keine Akkomodationsstörung, Facialis und Hypoglossus frei. Pupillen reagieren gut. Später auch rechts Sensibilitätsstörungen. Analgesie der Schleimhäute. *Umpfenbach.*

Böhmig, H., Hysterische Unfallerkrankungen bei Telephonistinnen. Münch. Medizin. Wochenschr. Nr. 16. 1905.

B. bringt hier neun Fälle seiner Praxis, wo Telephonistinnen durch Blitzschlag in die Leitung oder durch einen sogenannten Induktorschlag getroffen waren. In zwei Fällen zeigten beide Körperhälften die krankhaften Veränderungen; in einem Fall waren sämtliche Erscheinungen auf der gekreuzten Seite, im übrigen auf der vom Unfall betroffenen Seite. Gesichtsfeldeinengung in keinem Fall, nur in einem Fall Ermüdungseinengung. Nur in einem Fall objektiv nachweisbare Gehörsstörungen. Ein Unterschied zwischen den Wirkungen des Blitzschlags und des Induktorschlags war nicht nachweisbar. Nach dem Unfall keine organischen Veränderungen, auch nicht bei jahrelangem Bestehen der Folgen. *Umpfenbach.*

Gallus, Behandlung der Epilepsie nach *Ceni*. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1905. Nr. 7.

G. hat die Seruminjektionen bei drei Kranken gemacht, — der Erfolg war fast gleich null. *Umpfenbach*.

Renninger, *Uchtsprünge*, Einiges über Lithium carbonicum bei Epilepsie. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1905. Nr. 12.

Ein Einfluß auf Zahl und Verlauf der epileptischen Anfälle ist nicht beobachtet worden. — aber auch keine üblen Folgen nach dem Gebrauch des Lithium. *Umpfenbach*.

Tetzner, Ein Fall von doppelseitiger hysterischer Nackenmuskelkontraktur. Ärztl. Sachverständigen-Zeitung. 1905. Nr. 23.

Der 21jährige Arbeiter leidet über Jahresfrist an der Kontraktur; der Kopf ist extrem nach hinten gestreckt, das Gesicht sieht vollständig nach oben; dabei ist der Kopf keiner Schulter mehr genähert. Aktiv ist ein ganz minimales Beugen des Kopfes möglich, dagegen gelingen Seitwärtsdrehungen des Kopfes relativ gut. Nur mit Aufbieten aller Kräfte kann der Kopf nach vorn gebeugt werden. Sonst keine anderen hysterischen Symptome. Der übrige Körperbefund normal. *Umpfenbach*.

Rowe Jeremy, A case of Pseudangina Pectoris in an Epileptic. The Journal of mental sc. 1905. January.

Die 39jährige Frau leidet seit dem ersten Wochenbett, d. h. seit achtzehn Jahren, an Epilepsie. Seit 1½ Jahren Angina pectoris. Eltern nicht epileptisch. *Umpfenbach*.

F. Savary Pearce and L. N. Boston, The blood in epilepsy: Experiments on animals. Americ. journal of insanity. April 1904.

Verf. haben in sieben Fällen von geuiner Epilepsie Blutuntersuchungen angestellt. Sie fanden mit Ausnahme von einem Falle, in dem die Zahl der weißen Blutkörperchen nur 7400 im ccm betrug, eine erhebliche Leucocytose (10000—18000 weiße Blutkörper im ccm). Bei drei Kranken war die Zahl der polymorphonukleären Zellen herabgesetzt, die roten Blutkörperchen waren überall in annähernd normaler Zahl vorhanden. Überall fand sich eine leichte Poikilocytose, und zwar am stärksten da, wo der Hämoglobingehalt am stärksten herabgesetzt war.

Es wurde ferner Kaninchen defibriertes Blut von Epileptikern in die Bauchhöhle injiziert. Diese Versuche ergaben in einem Falle ein Steigen

des Hämoglobingehaltes bei dem Versuchstier von 65 % auf 79 % und später 84 %, während sieben Tage nach der Injektion ein Abfall auf 44 % konstatiert wurde. Die Zahl der weißen Blutkörper stieg innerhalb 24 Stunden nach der ersten Injektion von 8000 auf 12000, nach der zweiten von 12000 auf 17000 im ccm. Bei Verdoppelung der gewöhnlich injizierten Serummenge stieg die Zahl der weißen Blutkörper nach 24 Stunden sogar auf 162800 im ccm, fiel aber nach zwei Tagen auf 11800. Die eosinophilen Zellen fielen nach der Injektion beim Kaninchen von 24 % auf 9 %, stiegen sechs Tage nach der ersten und 24 Stunden nach der letzten Dosis dann wieder auf 54 %, die polynukleären Zellen stiegen 24 Stunden nach der Injektion von 18 % auf 36 %. Bei einem anderen Epileptiker, der während der Versuche zahlreiche Anfälle hatte und im Anfall starb, ergaben die Injektionen von defibriertem Blut in die Bauchhöhle eines Kaninchens ein allmähliches Ansteigen des Hämoglobingehaltes nach jeder Injektion von 50 auf 60 % sechs Tage nach der letzten Injektion. Die Zahl der Leukocyten stieg von 9000 im ccm innerhalb 24 Stunden nach der ersten Injektion auf 14000 und schwankte weiter zwischen 10000 und 18000 im ccm. Bemerkenswert war der Abfall der roten Blutkörperchen von 6000000 auf 2850000 am zwölften Tage nach der ersten Injektion. Erhebliche Schwankungen zeigten auch die eosinophilen und polynukleären Zellen nach den verschiedenen Injektionen. Verf. glauben die schweren Veränderungen im Blut der Versuchstiere auf die toxische Wirkung des Blutersums epileptischer Individuen zurückführen zu müssen. Das Nähere muß im Original nachgesehen werden. *Behr.*

Irwin H. Neff, A case of myoclonus epilepsy. *Americ. journal of insanity.* Jan. 1904.

Verf. beschreibt einen auf alkoholischer Basis entstandenen Fall von Myoclonus-Epilepsie, bei dem die Myoclonie dem Ausbruche der typischen epileptischen Anfälle drei Monate vorherging. Brom wurde in diesem Falle mit gutem Erfolg gegeben. *Behr.*

Binswanger, Hysterie, Wien 1904.

B. hebt als Hauptpunkte in der Geschichte der Hysterie hervor, daß *Sydenham* sie zuerst für eine Nervenkrankheit erklärte, daß *Briquet* 1859 das klinische Bild zeichnete und die genitale Theorie beseitigte. *Charcot* faßt dann die Hysterie als eine vorwiegend psychische Erkrankung.

Die Begriffsbestimmung ist noch nicht absolut sicher zu geben. Alle Erscheinungen haben Beziehungen zur Großhirnrinde, doch kann man nicht alle auf psychische Grundlagen zurückführen, wenn man nicht mit der Hypothese des „Unterbewußtseins“ arbeiten will. Die hysterische Veränderung besteht in Störung der Wechselbeziehungen zwischen der psychischen und der materiellen Reihe. Die Hysterie gehört zu den großen diffusen Neurosen, der auch dort vorhandene Zusammenhang mit psychischen Vorgängen ist hier

am stärksten ausgeprägt. Man findet häufig die Kombination mit andern organischen und funktionellen Nervenkrankheiten, z. B. kommen Hysterie und Neurasthenie zusammen vor. Man hat „zusammengesetzte“ Erkrankungen, wenn zu gleicher Zeit nur Erscheinungen je einer Neurose vorliegen, „gemischte“, wenn beide sich nebeneinander zu gleicher Zeit äußern. Letztere sind meist erblich-degenerative Formen mit besonderen Kennzeichen. Auch mit Epilepsie können ähnliche Kombinationen stattfinden, die „gemischte“ Form heißt Hystero-Epilepsie.

Ätiologie. Die hysterische Veränderung entsteht auf dem Boden der neuro- bzw. psychopathischen Prädisposition. Diese kann ererbt, intra- und extrauterin erworben sein. Die erbliche Prädisposition kann einfach oder degenerativ sein, erstere zeigt einheitliche Krankheitsbilder, letztere zahlreiche, oft schon in früher Kindheit auftretende Degenerationszeichen. Die erbliche Belastung ist die häufigste Ursache der Prädisposition. Ohne erbliche Belastung kann die Prädisposition durch Intoxikation (Alkohol, Blei, Schwefelkohlenstoff u. a.) erzeugt werden, ferner durch chronische Infektionskrankheiten, z. B. Syphilis und Malaria, während die akuten nur auslösend wirken. Auch Stoffwechsel- und Blutkrankheiten können Ausgangspunkt sein, zumal viele Fälle davon nervösen Ursprungs sind. Genitalerkrankungen können die Hysterie auslösen, aber nicht die Prädisposition erzeugen. Mit und nach organischen Nervenkrankheiten kann die Hysterie auf dem gleichen Boden entstehen, bei fehlender erblicher Belastung kann durch erstere auch die Prädisposition für die Hysterie erst geschaffen werden. Auch die gleiche erworbene Ursache (Syphilis) kann z. B. Tabes und hysterische Prädisposition hervorrufen. Körperliche Erschöpfung und geistige Überanstrengung führen bei nicht belasteten Individuen wohl selten zu reiner Hysterie, sexuelle Vorgänge sind Symptome, aber nicht Ursachen. Der heftige Affektshock kann schwere Erscheinungen auslösen, er kann der noch schlummernden allgemeinen neuropathischen Prädisposition die Richtung nach der hysterischen Veränderung geben. Dauernde Gemüterschütterungen können die Hysterie ebenfalls hervorrufen. Imitation und Suggestion können auf Grund neuropathischer Konstitution die hysterische Veränderung und die einzelnen Krankheitserscheinungen hervorrufen. Körperliche Traumen können durch materielle Schädigung der Nervensubstanz (Commotio) und durch Vorstellungen die hysterische Veränderung erzeugen. Die einzelnen hysterischen Erscheinungen werden durch Ursachen verschiedenster Art hervorgerufen. Mit unseren wirtschaftlichen Verhältnissen (Zivilisation) ist eine stärkere Zahl von Erkrankungen der männlichen Arbeitsklasse eingetreten, die Rasse wirkt insofern, als Romanen und Slawen mehr an den schweren Formen leiden. Trotz anscheinend dem widersprechenden Statistiken ist das Weib durch seine psychische Organisation stärker gefährdet. Mit der Pubertät nimmt die Zahl der Erkrankungen zu, beim Weibe fällt der Beginn durchschnittlich ins 11.—25., beim Manne ins 26.—40. Lebensjahr. Später beginnende Erkrankungen sind selten, im Alter beginnende sind pathologische Kuriositäten.

Symptomatologie. In diesem Hauptabschnitt werden zuerst die psychischen Krankheitserscheinungen behandelt, dann folgen die somatischen und endlich die Paroxysmen. Es ist natürlich unmöglich, den Inhalt dieses Abschnittes auch nur andeutungsweise zu schildern, doch möchte ich erwähnen, daß *B.* die Störungen der Empfindung unter den psychischen Symptomen behandelt. Von den Reflexen werden die Haut- und Schleimhautreflexe beeinflusst, doch darf man daraus keine weitgehenden Schlüsse ziehen; die vasomotorischen und sekretorischen Reflexe werden nicht verändert, vor allem aber sind die Sehnenreflexe bei unkomplizierter Hysterie niemals aufgehoben, dagegen häufig lebhaft. Die Pupillen zeigen verschiedene durch Krampf oder Lähmung bzw. Parese bedingte Störungen, dagegen ist das Symptom der reflektorischen Pupillenstarre nie bei reiner Hysterie interparoxystisch beobachtet. Als Scheidung zwischen paroxystischen und interparoxystischen Symptomen wird die mehr oder minder hochgradige Änderung des Bewußtseinszustandes bezeichnet und demgemäß zuerst der konvulsivische Anfall, dann die psychischen Äquivalente, endlich der „große Anfall“ besprochen; letzterer nach den Schilderungen der Charcotschen Schule und unter Hinweis auf seine Seltenheit sowie darauf, daß er nicht als Typus aufzufassen sei, von dem andere „rudimentäre“ Anfälle abzuleiten wären.

Allgemeine Psychopathologie. „Pathologische Verschiebungen der Erregbarkeitszustände des Zentralnervensystems und vornehmlich der Großhirnrinde, Störungen des Gleichgewichts zwischen den erregenden und hemmenden Vorgängen innerhalb der Zentralnervensubstanz sind die Grundlage der gesamten Krankheitsäußerungen.“ Das ist den großen diffusen Neurosen gemeinsam, bei der Hysterie weisen die gesetzmäßigen Wechselbeziehungen zwischen den materiellen Hirnrindenprozessen und den psychischen Vorgängen besonders geartete Störungen auf. Charakteristisch ist die Beeinflussbarkeit der Innervationsvorgänge durch psychische Einwirkungen. Man muß bei Erklärungsversuchen sich vor Verallgemeinerungen hüten, da zwischen vulgärer und großer Hysterie psychologische Unterschiede bestehen. Mit den Theorien von *Breuer-Freud* und *Janet* erklärt sich *B.* nur zum Teil einverstanden und legt in der Folge an einer Reihe von Symptomen die oben skizzierte Auffassung klar.

Verlauf, Prognose, Diagnose. Die Hysterie stellt ein chronisches Leiden dar. Die leichtere Form zeigt meist ein Auf- und Niedergehen der affektiven Erregbarkeit, Auftreten und Verschwinden von Krankheitserscheinungen. Die schwereren Fälle zeigen einen exquisit chronischen Verlauf, wenn auch Remissionen auftreten. Es zeigen sich die wechselndsten Bilder interparoxystischer und paroxystischer Symptome, Dissoziation der intellektuellen Prozesse, oder die Charakteranomalien treten in den Vordergrund. Scheinbar leichte Formen können durch Schädlichkeiten des äußeren Lebens in schwere verwandelt werden, schwere umgekehrt in anscheinend volle Genesung ausgehen, doch ist diese stets sehr skeptisch anzusehen. Kindliche und juvenile Hysterie ist heilbar, ebenso die, die auf Grund einer Erschöpfung

zuerst im späteren Leben, im 25.—40. Jahre, sich zeigt. Im Alter bleibt meist der hysterische Charakter bzw. die Affektlage bestehen. Tödlich wird die Krankheit nicht durch ihre einzelnen Symptome (Glottiskrampf usw.) sondern bei gleichzeitigem Bestehen von Blut- oder Gefäßerkrankungen, die allerdings durch die Hysterie (Anorexie) begünstigt werden können.

Die Diagnose kann häufig aus der Vorgeschichte erschlossen werden, ferner kommen die „Stigmata“ in Betracht, sensible und sensorische Störungen, vorwiegend einseitig angeordnete Druckpunkte. Im folgenden wird die Differentialdiagnose gegen die organischen Nervenleiden (bes. multiple Sklerose), ferner gegen Epilepsie, wo das Vorkommen von Mischformen die Unterscheidung erschwert, und Neurasthenie erörtert. Viele Nervenleiden organischer Natur kommen mit Hysterie zusammen vor. Sie zeigt die verschiedenartigste Lokalisation und Kombination ihrer Symptome, stets ist die Frage, ob eine organische Krankheit besteht, zu prüfen. Doch ist dringend nötig, daß man die hysterischen Symptome nicht durch örtliche Veränderungen geringen Grades hervorgerufen glaubt und darauf seine Therapie aufbaut.

Therapie. Man darf nicht einseitig die Symptome, man muß die Krankheit bekämpfen, den ganzen Menschen behandeln. Wichtig ist die Prophylaxe durch geeignete Erziehung. Von eigentlichen Behandlungsmethoden ist die psychische Therapie die wichtigste. Auf Grund genauer psychologischer Kenntnis des erkrankten Individuums muß man den Kurplan entwerfen und streng durchführen, nachdem man zuerst als unerläßliche Vorbedingung das Vertrauen des Patienten gewonnen hat. Man hat jede einzelne Stunde des Tages als Zeit der Mahlzeit, der Beschäftigung, der Ruhe zu bestimmen, immer mit dem Ziel, die affektive Erregbarkeit zu mindern, den Willen zu stärken. Der Hypnotismus ist nur in bestimmten Fällen nützlich, zur Bekämpfung einzelner hartnäckiger Symptome; gegen die Krankheit selbst ist er machtlos. In den Rahmen der Psychotherapie haben sich die andern Methoden, Ernährungs-, physikalische und arzneiliche Therapie einzugliedern die aber auch wieder ihre speziellen Indikationen und Wirkungen haben. Die lokal-therapeutischen Methoden werden bisher eher zu viel als zu wenig verwandt, man muß sich klarbleiben, daß sie örtliche Symptome, aber nicht die Krankheit selbst beeinflussen. Haenisch.

Rosanoff, A. J., The diet in epilepsy. The journ. of nerv. & mental disease. Dezember.

Ausgehend von der Theorie, daß die Anhäufung von unverarbeiteten Eiweißstoffen den epileptischen Anfall auslöst, hat *R.* den Einfluß einseitiger Ernährung auf die Zahl der Anfälle und das Verhalten von Epileptischen geprüft mit dem Ergebnis, daß übermäßige Eiweißkost bei minimalem Gehalt von Kohlehydraten die Zahl der Anfälle enorm steigert und die Epileptiker psychisch verschlechtert. Matusch.

Wherry, J. W., The curability of epilepsy. The journ. of nerv. & mental disease. Mai.

Verf. sieht die Ursachen der geringen Erfolge bei Epilepsie in der ungenügenden Erkennung der körperlichen Grundlage, in der Behandlung des Anfalls anstatt des Grundleidens, in Massenbehandlung statt Individualisierung, in Abwarten, bis die Epilepsie ausgebildet ist, und in der mangelhaften Fürsorge für geeignete Unterbringung und Behandlung. *Matusch.*

Brush, A. C., Traumatic epilepsy in its medico-legal relations. The journ. of nerv. & mental disease. April.

Die Frage des ätiologischen Zusammenhanges von Epilepsie mit vorausgegangenem Trauma beantwortet *B.* nach eingehender Besprechung der Definition, Theorie, Ursachen und Verlauf der Epilepsie dahin, daß uns unser Wissen vom medicolegalen Standpunkt aus nur befähigt, zu konstatieren, daß gewisse Hirnverletzungen Epilepsie erzeugen können. Die toxischen Theorien können als Tatsachen erst dann gelten, wenn Beweise vorliegen, auf die sich solche Annahmen stützen. Ist dies der Fall, so muß nachgewiesen werden, daß Toxämie vorhanden ist, bevor der Sachverständige erklären kann, daß die Erkrankung die unmittelbare und notwendige Folge der Verletzung ist. *Matusch.*

Graves, W., W., Anesthesia associated with hyperalgesia sharply confined to areola-nipple area of both breasts: A new and apparently constant stigma in hysteria. The journ. of nerv. & mental disease. Oktober.

Anästhesie für Berührung und gesteigertes Schmerzgefühl bei Stich im Bereich des Warzenhofes soll ein nie fehlendes Symptom bei Hysterie sein, weiblicher wie männlicher. *Matusch.*

Punton, J., Mysophobia. The journ. of nerv. & mental disease. Oktober.

Ein Fall von Schmutzfurcht bei Hysterie, an den *P.* die Forderung knüpft, solche Zustände als Psychose zu behandeln. *Matusch.*

Schwab, Psychasthenia, its clinical entity illustrated by a case (Preliminary note). The journ. of nerv. & mental disease. November.

Krankheitsgeschichte eines Arztes, in der man einen Fall schwerer Hysterie sehen würde, wenn nicht Verf. versicherte, daß er ein hervorragendes Beispiel der *Janetschen* Psychasthenie sei. *Matusch.*

9. Alkoholismus und toxische Psychosen.

Ref.: Peretti-Grafenberg.

Laehr, Max, Alkoholismus und Nervosität. Der Alkoholismus, Nr. 4, S. 233.

Der gewohnheitsgemäße Alkoholgenuß hat, meist allerdings erst zusammen mit anderen schädlichen Einflüssen, eine große Bedeutung als Ursache der Nervosität, Neurasthenie und Hysterie, ist besonders verhängnisvoll für Psychopathen und muß unter den Einflüssen, die bei der körperlichen und geistigen Degeneration des kommenden Geschlechtes eine Rolle spielen, angeführt werden. Wenn auch die aus therapeutischen Gründen oder zu Genußzwecken erfolgende einmalige Aufnahme einer geringen Alkoholmenge bei gesunden Personen keinen dauernden Nachteil hervorruft, so sollen sich doch alle nervösen Menschen und alle Kinder am besten ganz das Alkoholgenusses enthalten. Alkoholgenuß vor und bei der Arbeit, im Zustande der Ermüdung oder bei besonderer seelischer Anspannung begünstigt die Entwicklung der Nervosität und ist deshalb dringend zu widerraten.

Laquer, Trunksucht und Temperenz in den Vereinigten Staaten.

Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Bd. XXXIV.

Schilderung der Trinksitten und der Alkoholbekämpfung in Amerika; für uns daraus zu ziehende Lehren sind: Zusammenschluß der Abstinenten und Mäßigen zum gemeinsamen werktätigen Kampf gegen den Alkohol, höhere Besteuerung des Alkohols, Beschränkung der Schankkonzessionen, Aufklärung und Hebung aller dem Trunk ergebenen Klassen (nicht bloß der Lohnarbeiter). Aufhebung des Trinkzwanges, Belehrung in den Schulen, Notwendigkeit einer Volkswohlfahrtskommission, die mit der Alkoholfrage anfangen soll.

Stoll, Alkohol und Kaffee in ihrer Wirkung auf Herzleiden und nervöse Störungen. Leipzig, Benno Konegen.

Alkohol und Kaffee sind als Herzgifte zu verbannen und durch alkoholfreie Getränke, Malzkaffee, Milch und heimische Teesorten, zu ersetzen.

Kielholz, Die Alkoholiker der Pflegeanstalt Rheinau. Züricher Inaugural-Dissertation.

Verf. bespricht eingehend die unter den 940 Insassen der Anstalt als Alkoholiker aufgenommenen Kranken, 36 Männer und 5 Frauen.

Nur in acht Fällen konnte man von einem chronischen Alkoholismus sprechen, ein Fall war fälschlich unter der Diagnose Alkoholismus der Anstalt zugeführt worden, und in 32 Fällen fanden sich Komplikationen mit anderen Psychosen. Diese Komplikationen sind dann eine der Hauptursachen der Unheilbarkeit des Alkoholismus, während die Hauptursachen der Unheilbarkeit des nicht komplizierten Alkoholismus schwere körperliche Gebrechen und vorgerücktes Alter sind.

Schröder, Über chronische Alkoholpsychosen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, IV. Bd., Heft 2/3.

An der Hand der Literatur und zehn eigener Fälle erörtert *Schr.* die noch lange nicht geklärte Frage der chronischen Alkoholpsychosen. Die triviale Weisheit, daß nicht jede chronische Psychose bei einem Trinker alkoholisch sein muß, ist entschieden bisher in den Veröffentlichungen zu wenig beachtet worden, der Begriff Ätiologie wird von den Autoren nur sehr wenig scharf gefaßt. Die Frage, ob es chronische Psychosen gibt, die ausschließlich durch Alkoholmißbrauch entstehen, kann auf Grund der bisher vorhandenen Literatur mit Sicherheit weder bejaht noch bestritten werden. „Als begünstigender, auslösender Faktor, möglicherweise auch als Moment, welches dem Krankheitsbilde für den Beginn oder für die ganze Dauer eine bestimmte Färbung gibt, wird der chronische Alkoholismus zweifellos nicht selten herangezogen werden müssen“; bis zu welchem Grade, wissen wir noch nicht.

Raecke, Zur Abgrenzung der chronischen Alkoholparanoia. Archiv für Psychiatrie, 39. Bd., 2. Heft, S. 462.

Angesichts der Verwirrung, die sich in den Ansichten der Autoren über eine chronische Paranoia bei Alkoholisten geltend macht und zum großen Teil durch die verschwommenen Begriffe der „chronischen paranoiden Zustände“ und des „Eifersuchtswahns“ sowie durch übermäßige Betonung des letzteren Symptoms verursacht wird, hat Verf. sich eingehend mit der Frage beschäftigt und kommt unter Anführung von fünf Fällen zu dem Schlusse, daß es eine chronische Alkoholparanoia gibt, die sich auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entweder primär oder in direktem Anschluß an ein Delirium tremens resp. an einen akuten halluzinatorischen Wahnsinn anschließt und sich klinisch von der klassischen Verrücktheit lediglich durch einzelne unwesentliche Züge, die auf den zugrunde liegenden Alkoholismus zurückzuführen sind, unterscheidet. Bezeichnend für die Alkoholparanoia sind die Eifersuchtsideen, die Sucht zum Querulieren, das hochgradige Mißtrauen, die Neigung zu obszönen Äußerungen und der im Beginn der Krankheit hervortretende Angstaffekt. Die Prognose ist ungünstig, auch bei völliger

Abstinenz. Eigentliche Verblödung tritt nicht ein. Die chronische Alkoholparanoia ist selten und streng abzutrennen von den transitorischen paranoiden Erregungen, die durch gehäufte Trinkexzesse gelegentlich ausgelöst werden und bei Alkoholentziehung bald wieder ablaufen, und von den nach Delirium tremens oder akutem halluzinatorischem Wahnsinn zurückbleibenden und keiner Fortentwicklung mehr fähigen Schwächezuständen im Sinne *Kraepelins*.

Stegmann, Erfahrungen bei der Suggestivbehandlung von Alkoholkranken. Die Alkoholfrage, II, Heft 2, S. 99.

Einzelne Fälle von schwerer Trunksucht können durch Hypnose während und nach der üblichen Anstaltsbehandlung geheilt oder doch wesentlich gebessert werden, es sind aber nur solche Patienten, die noch einen gewissen inneren Halt besitzen. Nicht genügend ist, den Kranken Widerwillen gegen Alkohol zu suggerieren und sie dann ins Leben hinauszulassen, sondern die Behandlung muß so lange fortgeführt werden, bis der Kranke gelernt hat, die Abstinenz als die normale Lebensweise zu empfinden und an ihr auch unter ungünstigen äußeren Verhältnissen festzuhalten. Späterer Beitritt zu einer Abstinentenvereinigung ist Erfordernis.

Von 23 Fällen, die der Behandlung unterzogen wurden, waren sechs als gesund zu bezeichnen, in neun wurde Besserung erzielt, wie sie sonst ohne Hypnose nicht erreicht zu werden pflegt, bei den übrigen acht hatte die Hypnose nicht mehr Erfolg, als die sonst übliche Anstaltspflege, sie wurden bald rückfällig.

Gudden, Das Bierdelirium. Archiv für Psychiatrie, 40. Band, 1. Heft, S. 151.

Zwei Fälle von ausgesprochenem halluzinatorischem Alkoholwahnsinn bei erblich belasteten Männern von 42 und 39 Jahren, die seit langen Jahren große Mengen Bier, bis zu 30 bzw. 10 l täglich und nur ganz ausnahmsweise einen Schnaps getrunken hatten. Der eine genas nach zwei Jahren, bei dem andern dauerte die Krankheit nach 1³/₄ Jahren der Beobachtung noch an. Die lange Dauer betrachtet *G.* als spezifisch für die Entstehung durch übermäßigen Genuß von Bier, weil „der Mißbrauch des Bieres im Verhältnis zu Schnaps oder zu schweren Weinen ein viel längerer sein muß, bis er endlich dieselben psychischen Störungen wie diese hervorruft, daß aber dafür der ganze Organismus infolge der jahrelang täglich durch ihn gepumpten ungeheuren Flüssigkeitsmengen weitaus mehr an Elastizität einbüßt mit anderen Worten, das Minus an Schaden, welchen das Bier gegenüber dem Branntwein durch seine Verdünnung und den Mangel an Fuselölen bei sparsamem Genuß anrichtet, wird zum Plus, sobald die mittels Bieres eingenommene Alkoholmenge sich derjenigen übermäßigen Schnapskonsums nähert.“

Die Seltenheit des „Bierdeliriums“ erklärt sich daraus, daß die meisten Biertrinker die Möglichkeit eines Deliriums gar nicht erleben, „weil sie entweder schon vorher an Herzkrankheiten, Tuberkulose oder Nephritis zugrunde gehen oder sich wegen des Auftretens solcher Krankheiten genötigt sehen, ihren Trunk wesentlich einzuschränken oder aufzugeben.“

Reichardt, Zur Symptomatologie des Delirium tremens. Neurolog. Centralbl., Nr. 12, S. 551.

Wenn man einem Alkoholdeliranten bei heller Tagesbeleuchtung ein leeres großes Platt Papier in die Hand gibt und ihn ohne weitere Suggestivfragen auffordert, zu erzählen, was er sieht, so berichtet er über die heterogensten Dinge, die er sieht und die in Form und Inhalt wechseln. Es handelt sich dabei um Halluzinationen rein zentraler Entstehung, die sich auch zu einer Zeit nachweisen lassen, in welcher der Kranke räumlich und zeitlich orientiert ist und sonstige Halluzinationen nicht vorhanden sind, also im ersten Beginn des Delirium oder in einer vorübergehenden Remission oder auch bei einem ganz leichten abortiven Delirium. Der Versuch gelingt nur bei Delirium tremens, nicht bei ähnlichen Zuständen im Verlauf anderer Psychosen.

Gimbal, Observation d'une dipsomanie. Anal. méd. psychol. Mars—Avril. p. 278.

Bei einer 28jährigen, erblich belasteten Witwe, welche die Trinkgewohnheiten ihres an Delirium tremens verstorbenen Mannes angenommen hatte, wurden zwei gleich verlaufende Anfälle von Dipsomanie beobachtet, die in drei Phasen verliefen: einen Monat lang dauernde Verstimmung mit hochgradiger Willenlosigkeit, dann plötzlich einsetzendes, zwingendes, von ängstlichem Gefühl in der Kehle begleitetes Verlangen nach Getränken (Wein, Bier, auch Bouillon und Milch) für vier bzw. fünf Tage und als dritte Phase Depression mit Selbstmordtrieb.

Pick, Psychology of a particular form of pathological intoxication. The Journal of mental science. Januar.

Es handelt sich um einen Fall wiederholter akuter Alkoholvergiftung, wobei sich jedesmal derselbe traumartige Zustand mit Größenideen einstellte, deren Grundlage in früheren Lebensumständen nachgewiesen werden konnte.

Ganter.

Lorenzi, Il Suicidio negli Alcoolisti. Rivista Sperimentale di Freniatria. XXXI. fasc. II. 1905.

Verf. versucht an der Hand eines von ihm in sechs Jahren an der Klinik zu Padua gesammelten Materials nicht nur die Frage einer Lösung

näher zu bringen, ob der Alkohol einen direkten Einfluß auf die Verbreitung des Selbstmordes habe, sondern auch die psychologischen Ursachen der Alkoholistenselbstmorde zu beleuchten. Er betont, daß zu einer möglichen Beantwortung der Frage vor allem auch die Selbstmordversuche der Trinker herangezogen werden müßten, was bisher meist versäumt worden sei. Verf. findet, daß meist der Alkohol das auslösende Moment des Selbstmordimpulses sei, während die anderen gewöhnlich als Ursachen vorgebrachten Gründe nur Begleitumstände darstellten; ferner seien unter den Alkoholistenselbstmördern die hereditär Belasteten und besonders die von Trinkern Abstammenden prozentual höher beteiligt. Einen auffallenden Unterschied in der Art des Selbstmordes gegenüber dem von Nichtalkoholisten konnte Verf. nicht konstatieren. Neben der verschiedenen Reaktion des einzelnen Individuums, je nach Abstammung, Beruf und Geschlecht, streift Verf. auch die Verschiedenheit der Folgen des Alkoholmißbrauches zwischen verschiedenen Volksstämmen; Länder mit ganz gleichem Alkoholkonsum wiesen ganz verschiedene Selbstmordzahlen der Trinker auf, und es existiere, wie zwischen Individuen, von Stamm zu Stamm, von Volk zu Volk eine Verschiedenheit der Reaktion auf Alkohol. *Probst-München.*

Pelz, Ein Beitrag zum Codeinismus. Deutsche Mediz. Wochenschrift Nr. 22, S. 864.

Als Beweis, daß es in Analogie zum Morphinismus auch einen Codeinismus gibt, der bis jetzt noch nicht beobachtet zu sein scheint, führt *P.* einen Fall an, in welchem ein 26jähriger, psychopathischer, an „konstitutioneller Schwermut“ leidender Musiker fast drei Jahre lang große Dosen Codein bis zu 3 g täglich nahm und beim Versuch, es auszusetzen, peinliche Verstimmung, Unruhe, Reizbarkeit und heftiges Verlangen nach dem Mittel bekam. Bei der Entziehung, die plötzlich vorgenommen wurde, zeigten sich Abstinenzerscheinungen, die ähnlich, aber nicht so schwer waren, wie beim Morphinismus.

Kreß, Veronalismus. Therapeut. Monatshefte. 9. Heft, S. 466.

Nach Anführung der von anderen Autoren beobachteten unangenehmen Nebenwirkungen des Veronals berichtet *Kr.* über einen Fall von längerem Veronalmißbrauch mit tödlichem Ausgang. Die 28jährige, hochgradig hysterische Patientin hatte, nachdem ihr wegen Schlaflosigkeit einige Male abends 0,5 Veronal verabreicht worden war, später 11½ Monate lang auf Grund früherer Rezepte täglich abends 0,5—1,0—2,0 Veronal genommen. Es stellten sich Unruhe mit Verlangen nach dem Mittel, Erregungszustände während der Menstruationszeit, Kräfteverfall, Unfähigkeit, das Bett zu verlassen, grobschlägiges Zittern der Finger, Taumeln bei Gehversuchen und schließlich Verwirrheitszustände, unbestimmte Angst und Bewußtlosigkeit mit epilepti-

formen Krampfanfällen ein, die sich rasch steigerten, und serienweise auf-tretend, in kurzem den Tod im Status epilepticus herbeiführten. Der Beweis, daß der Exitus mit dem Veronalabusus in Kausalnexus steht, ist zwar nicht zu erbringen, aber der Verdacht kann nicht von der Hand gewiesen werden.

Der Fall ist der erste bekannt gewordene Fall von eigentlicher Veronalsucht.

Halberstadt et Charpentier, Troubles psychiques d'origine probablement sulfo-carbonée. Annal. méd.-psycholog. Mars-avril, p. 283.

Eine 41jährige, erblich belastete, seit 30 Jahren in einer Kautschukfabrik beschäftigte Frau, die vor fünf Jahren an Krampfanfällen, wahrscheinlich hysterischer Art, gelitten hatte, erkrankt an Depression mit Gehörs-täuschungen und Verfolgungsideen und zeigt dann vorübergehend einen dem Alkoholdelirium ähnlichen Zustand: Gesichtstäuschungen mit Tiervisionen. Angst, Erinnerungsdefekt, Zittern der Finger und Wadenkrämpfe. Alle Er-scheinungen, die hysterischen Krämpfe, die Wahnideen und Gehörs-täuschungen, dann aber auch, da die Anamnese bezüglich Alkoholmißbrauch negativ aus-fiel, die delirösen Symptome sind wahrscheinlich Folge der Intoxikation durch Schwefelkohlenstoff.

Cerletti, Considerazioni sulla patogenesi di alcune psicosi tossiche a proposito di un caso di psichosi cloralica. Annali dell'Istituto Psichiatrico della Università di Roma. Vol. IV. 1905.

Verf. beschreibt eine Psychose, die auf Grund chronischen Chloral-mißbrauches entstand. Es handelt sich um einen 1839 geborenen Priester, einen Psychopathen, der von 1889—1902 täglich 4—6 g Chloralhydrat zu sich nahm, ohne daß je psychische Folgeerscheinungen des Chloralismus zutage getreten wären. Anfang 1902 stellten sich allgemeine Abmagerung, Kräfte-verfall, Tremor, Schlaflosigkeit ein. Der Kranke suchte nun Zuflucht beim Alkohol und konsumierte etwa acht Wochen lang täglich zwei Liter Wein, ohne jedoch je betrunken gewesen zu sein. Dann traten plötzlich, ganz un-vernunft, Gehörshalluzinationen unangenehmer Art auf; der Kranke hörte seine Nachbarn, besonders eine Frau, über ihn schimpfen. In die Anstalt verbracht, wies er eine rechtsseitige Herabsetzung der Pupillarreaktion, leichte linksseitige Facialisparese und starke Herabsetzung des rechten Patellarsehnen-reflexes auf. Das psychische Bild trug deutlich alle Zeichen jener Formen der akuten halluzinatorischen Paranoia, in denen Verwirrtheit und Affekt-handlungen fehlen; Intellekt, willkürliche Konzentration, Orientierung, Er-innerung erwiesen sich intakt; das Delirium hatte eine „diskrete“ Systemat-

tisierung angenommen. Nach ca. 7 Wochen war der Kranke genesen. Da er aber wieder zu Tagesdosen von 6 g Chloralhydrat kam, trat 1904 ein kurzer Rückfall ein. Seit Enthaltung vom Chloral soll Gesundheit bestehen.

C. vergleicht die Erkrankung mit anderen Intoxikationspsychosen, besonders den durch Kokain und Morphinum ausgelöst; er hält die reinen Formen für äußerst selten, sondern glaubt, daß zur Grundursache fast immer noch ein weiteres auslösendes Moment hinzutrete, ohne daß man dadurch berechtigt sei, dieses dann mit der Grundursache als gleichwertig hinzustellen. Im vorliegenden Falle sei das Chloral die Grundursache der Psychose gewesen, und der Alkohol habe das auslösende Moment dargestellt.

Probst-München.

10. Idiotie und Kretinismus.

Burnet, James, A case of amaurotic family idiocy. The Journal of mental science. 1905. January.

Von den sieben Kindern der jüdischen Familie starben zwei bald nach der Geburt, darunter eins an Krämpfen. Von den fünf andern sind zwei gesund, drei wurden blind. Keine Erblichkeit, Eltern nicht syphilitisch.

Umpfenbach.

De Sanctis, Gli Infantilismi. Reggio Nell' Emilia, Ferraboschi, 1905. 112 S.

Verf. gibt eine ziemlich ausführliche kritische Übersicht über die verschiedenen Arten von Infantilismen (generelle, partielle und kombinierte), bespricht die klinischen Erscheinungen, die Pathogenese, die Differentialdiagnose. Ein Kapitel ist der Besprechung des Mongolismus gewidmet, der nach Ansicht des Verf. in Italien nicht so häufig ist wie in Amerika, England und in gewissen Gegenden Deutschlands. Aus dem von ihm in sechs Jahren gesammelten klinischen Material gibt dann Verf. die Darstellung von zehn besonders schönen Fällen von Infantilismen; die Darstellung wird noch durch 17 gut gelungene Abbildungen erläutert.

Probst-München.

Fennell, Mongolian imbecility. The Journal of mental science. Januar 1904.

Verf. hat unter 2000 Insassen der Anstalt Darenth 21 Imbezille von dem mongoloiden Typus gefunden, deren charakteristische körperliche Erscheinungen er schildert.

Ganter.

Nolan, Clinical and pathological notes. The Journal of mental science. Januar 1904.

Fall von Idiotie und Epilepsie mit Mikrokephalie, Asymmetrie der Hemisphären, Mikro- und Ulegyrie. Kleinhirn im Vergleich zum Großhirn zu stark entwickelt. *Ganter*.

11. Anstaltswesen.

Ref.: Hans Schroeder-Lüneburg.

Burger, Erwin, Dr., Die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten in den größeren deutschen Staaten. Tübingen 1905. Franz Pietzkers Verlag.

Während die entwickelteren ausländischen Staaten Gesetze besitzen, welche die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten bzw. ihre Entlassung daraus regeln, sind in Deutschland, abgesehen von Sachsen-Weimar, Bremen und Elsaß-Lothringen, diese Vorschriften bisher im Wege der Verordnung erlassen worden. Verf. bespricht zunächst die geschichtliche Entstehung dieser Verordnungen in den größeren deutschen Staaten und schildert alsdann die Anfang der neunziger Jahre vorigen Jahrhunderts einsetzende Reformbewegung mit allen ihren Angriffen gegen die geltenden Bestimmungen und gegen die Irrenärzte. Die in einzelnen Körperschaften, sowie in den Parlamenten gepflogenen Verhandlungen in dieser Sache erwähnt er kurz und bespricht sodann die neueren vervollkommenen Bestimmungen und Reglements über die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten, deren Beaufsichtigung usw., wie sie im Anschluß an die Reformbewegung in den einzelnen Staaten und Provinzen erlassen worden sind. An dem jetzt in Deutschland bestehenden Aufnahmeverfahren hat B. Wesentliches nicht auszusetzen, nur Nebenpunkte könnten zu Beanstandungen Anlaß geben. Von einer reichsgesetzlichen Regelung der Sache verspricht er sich wenig; infolge der Verschiedenheit des Reiches in den verschiedenen Teilen geschieht die Regelung besser und weniger schwierig durch einzelstaatliche Gesetze.

Diem, Otto, Dr. med. in Herisau, Die psycho-neurotische erbliche Belastung der Geistesgesunden und der Geisteskranken. Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie. 2. Jahrgang, 2. Heft. März-April 1905.

Verf. stellt fest, in welchem Maße Geistesgesunde durch psychische Anomalien in der Aszendenz belastet sind, und prüft dann, ob sich ein

Unterschied im Vergleich zur Belastung der Geisteskranken nachweisen läßt. Muß die erbliche Belastung als wesentlicher ätiologischer Faktor für die Entstehung von Geisteskrankheiten anerkannt werden? Als belastende Momente werden angesehen: Geisteskrankheiten (einschließlich angeborener und erworbener Schwachsinn), Nervenkrankheiten (funktionelle und organische), Psychopathie, Trunksucht und Morphinismus, Selbstmord, Gewohnheitsverbrechen (zu den Charakteranomalien gerechnet).

Die Nachforschungen erstreckten sich auf Eltern, Großeltern, Geschwister der Eltern und die eigenen Geschwister. Verf. hat zu diesem Zweck 1900/02 1103 geistig Gesunde (453 M. 650 Fr.) untersucht und bei den Männern in 347 Fällen (63,9%), bei den Frauen in 451 Fällen (69,4%) belastende Momente gefunden; von der Gesamtheit waren 66,9%, also zwei Drittel belastet. Von 3515 Geisteskranken, deren Anamnesen 1880/1902 in der Irrenanstalt Burghölzli aufgenommen, waren 77% erblich belastet. Die erbliche Belastung der Gesunden ist also nur wenig kleiner als diejenige der Geisteskranken. Wesentliche Unterschiede aber haben sich hinsichtlich Art und Grad der Belastung ergeben. Die Geisteskranken sind (zwei- bis) viermal stärker mit Geisteskrankheiten und etwas mehr mit Trunksucht und Charakteranomalien, ungefähr gleich stark durch Nervenkrankheiten und Selbstmord und (zwei- bis) viermal durch Apoplexie und dreimal weniger stark durch Dementia senilis belastet als die Gesunden. In direkter Linie sind die Geisteskranken (vier- bis) achtmal stärker mit Geisteskrankheiten belastet als die Gesunden, dreimal so stark mit Geistes- und Nervenkrankheiten zusammen, doppelt so stark mit Trunksucht, mit Charakteranomalien und mit Selbstmord, diese hingegen bedeutend stärker mit Apoplexie und Dementia senilis. „Geistige Krankheiten können sich vererben, aber sie tun es nicht immer und sie müssen es nicht, und die Vererbung des Pathologischen ist kein ewiges unabwendbares Verhängnis, das in der einmal heimgesuchten Familie fort und fort seine Opfer fordert oder zur Verschlechterung des Stammes oder gar zu seinem Aussterben führen muß.“

Bericht der Westpreußischen Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt pro 1904. (Dir. Dr. Rabbas.)

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 513 (260 M. 253 Fr.), darunter 29 M. mit Paralyse, 5 M. mit Alkoholismus. Zugang 68 (40 M. 28 Fr.), darunter 8 (7 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 7 M. mit Alkoholismus. 29 der Neuaufgenommenen (15 M. 14 Fr.) waren erblich belastet, bei 23 (20 M. 3 Fr.) war Alkoholismus, bei 8 (7 M. 1 Fr.) Lues Krankheitsursache, 14 (11 M. 3 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 4 (2 M. 2 Fr.); 1 Fr. erwies sich als nicht geisteskrank, 1 M. als geistig minderwertig, infolge abnormer Reaktion auf Alkohol hatte er sich in einem dem § 51 StGB. entsprechenden Zustande befunden. Abgang: 95 (49 M. 46 Fr.), geheilt 11 (7 M. 4 Fr.), gebessert 27 (16 M. 11 Fr.),

ungeheilt 17 (9 M. 8 Fr.), nicht geisteskrank 2 M., gestorben 38 (15 M. 23 Fr.), davon 6 mit Paralyse, 8 (1 M. 7 Fr.) an Tuberkulose, 2 M. an Magenkrebs. Griserin tat bei tuberkulösen Kranken mit hohem Fieber und heftigem Durchfall gute Dienste. Zwei vollständig abstinierenden Kranken wurde Calodal in fünfprozentiger Lösung mit physiologischer Kochsalzlösung subkutan mit gutem Erfolg gegeben. Sondenfütterung war bei 5 M. und 5 Fr. längere Zeit hindurch notwendig. Beschäftigt wurden durchschnittlich 33,48% des Krankenbestandes.

Gesamtausgabe: 293 725 M.

Bericht der Westpreußischen Provinzial-Irrenanstalt zu Schwetz pro 1904. (Dir. Dr. Schauen.)

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 466 (242 M. 224 Fr.). Zugang: 82 (50 M. 32 Fr.), darunter 8 (7 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 1 M. mit Alkoholismus. 29 (20 M. 9 Fr.) der Neuaufgenommenen waren erblich belastet. Alkoholismus war 10 mal Krankheitsursache. 17 (14 M. 3 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. Alle 7 zur Beobachtung Aufgenommenen kamen aus dem Untersuchungsgefängnis. Abgang: 67 (40 M. 27 Fr.), geheilt 10 (7 M. 3 Fr.), gebessert 15 (10 M. 5 Fr.), ungeheilt 13 (8 M. 5 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.), gestorben 26 (13 M. 13 Fr.), davon 6 an Tuberkulose, 7 mit Paralyse. Ausgabe für Beköstigung pro Kopf und Tag 0.53 M. Gesamtausgabe: 261 568 M.

Bericht der Irren- und Idiotenanstalt Dalldorf-Berlin.

Bestand am 1. April 1904: 3566 Kr. (2010 M. 1556 Fr.); davon litten an Paralyse 510 Kr. (349 M. 161 Fr.), an chronisch akutem Alkoholismus 419 Kr. (395 M. 24 Fr.), an Idiotie und Imbezillität 707 Kr. (459 M. 248 Fr.), an Epilepsie 91 Kr. (72 M. 19 Fr.). Zugang: 1776 Kr. (1235 M. 541 Fr.): 350 Kr. (270 M. 80 Fr.) litten an Paralyse, 467 Kr. (450 M. 17 Fr.) an Alkoholismus, 185 Kr. (114 M. 71 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 86 Kr. (70 M. 16 Fr.) an Epilepsie. Bei 602 Kr. (578 M. 24 Fr.) war Trunksucht Krankheitsursache. 366 Kr. (339 M. 27 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. Abgang: 1619 Kr. (1176 M. 443 Fr.), geheilt und gebessert 881 Kr. (678 M. 203 Fr.), ungeheilt 244 Kr. (192 M. 52 Fr.), gestorben 494 Kr. 306 M. 188 Fr.), 48 Kr. (18 M. 30 Fr.) an Tuberkulose, 2 Kr. (1 M. 1 Fr.) durch Selbstmord. In Familienpflege: (307 Kr. 175 M. 132 Fr.), Zugang 231 Kr. (133 M. 98 Fr.). Abgang 187 Kr. (108 M. 79 Fr.). Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 0.848 M.

Bericht der Irrenanstalt Herzberge bei Lichtenberg-Berlin.

Bestand am 31. März 1904: 1187 Kr. (692 M. 495 Fr.); davon litten an Paralyse 104 Kr. (42 M. 62 Fr.), an einfacher Seelenstörung 910 Kr. (531 M. 379 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 48 Kr. (37 M. 11 Fr.), an Idiotie und

Imbezillität 123 Kr. (82 M. 41 Fr.), an Delirium 2 Fr. Zugang: 2246 Kr. (1807 M. 439 Fr.); hiervon litten 1720 Kr. (1413 M. 307 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 164 Kr. (98 M. 66 Fr.) an Paralyse, 12 Kr. (9 M. 3 Fr.) an Delirium, 192 Kr. (160 M. 32 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie. 156 Kr. (126 M. 30 Fr.) an Idiotie und Imbezillität; 2 Kr. (1 M. 1 Fr.) waren nicht geisteskrank. Bei 833 Kr. (820 M. 13 Fr.) war Alkoholismus Krankheitsursache. 765 Kr. (723 M. 42 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen.

Abgang: 2188 Kr. (1759 M. 429 Fr.); geheilt und gebessert 1433 Kr. (1236 M. 197 Fr.), ungeheilt 445 Kr. (358 M. 87 Fr.), nicht geisteskrank 2 Kr. (1 M. 1 Fr.), gestorben 308 Kr. (164 M. 144 Fr.), davon 14 Kr. (7 M. 7 Fr.) an Tuberkulose und 4 Kr. (2 M. 2 Fr.) an Krebs. 156 Entweichungen, wovon 90 M. und 3 Fr. außerhalb belassen wurden. In Familienpflege: 614 Kr. (388 M. 226 Fr.). Das neuerbaute Siechenhaus wurde vorläufig mit Frauen belegt, da das feste Frauenhaus zur Aufnahme besonders gefährlicher männlicher Kranken eingerichtet werden mußte.

Die Kosten für Beköstigung betrugen pro Kopf und Tag 0,89 M.

Bericht der Anstalt für Epileptische Wuhlgarten-Berlin.

Bestand am 1. April 1904: 1268 Kr. (777 M. 491 Fr.). Zugang: 580 Kr. (442 M. 138 Fr.); hiervon litten an Epilepsie 437 Kr. (321 Männer 80 Frauen 19 Knaben 17 Mädchen), 28 Kr. an chronischem Alkoholismus, 44 Kr. (25 M. 18 Fr. 1 Kn.) an Hysterie, 16 Kr. (14 M. 1 Fr. 1 Mn.) an Hysteroepilepsie, 47 Kr. (28 M. 7 Fr. 9 Kn. 3 Mn.) an Imbezillität, Idiotie und anderen Geistesstörungen. Bestraft waren von den Neuaufgenommenen 300 M. (72½ %) und 7 Fr. (6½ %). Erbliche Belastung durch Trunksucht eines der Erzeuger der an Epilepsie und Hysteroepilepsie Leidenden war nachzuweisen bei 85 M. (25 %), 20 Fr. (25 %), 2 Kn. (10½ %), 4 Mn. (22⅔ %). Abgang: 531 Kr. (412 M. 119 Fr.), davon gestorben 59 (39 M. 20 Fr.).

Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 0,847 M.

Bericht der Heilstätte für Nervenranke „Haus Schönöw“ in Zehlendorf bei Berlin pro 1904. (Dir. Prof. Dr. *Max Laehr*.)

Bestand am 1. Januar 1904: 67 (34 M. 33 Fr.). Zugang: 603 (340 M. 263 Fr.). Abgang 598 (338 M. 260 Fr.): geheilt 7 (5 M. 2 Fr.), gebessert 409 (221 M. 188 Fr.), ungebessert 181 (111 M. 70 Fr.), gestorben 1 M., bleibt Bestand am 31. Dezember 1904: 72 (36 M. 36 Fr.). Geheilt bzw. gebessert nach Abrechnung derjenigen, die bereits in den ersten zwei Wochen wieder abgingen, = 78,7 % (75,9 % M. 82,4 % Fr.). Zur Behandlung kamen 75,4 % Neurosen, 11,9 % Psychosen, 10,9 % periph. Nerven- und Muskelkrankheiten, sowie organische Erkrankungen des Zentralnervensystems, 1,8 % innere Krankheiten. Die zweimal wöchentlich stattfindende Poliklinik wurde von 123 Kr. besucht.

Bericht der Landes-Irrenanstalt zu Eberswalde pro 1904. (Dir. Dr. Zinn.)

Bestand am 1. Januar 1904: 951 (473 M. 478 Fr.), darunter 87 (74 M. 13 Fr.), mit Paralyse. Zugang 343 (173 M. 170 Fr.). Hiervon litten an Paralyse 75 (54 M. 21 Fr.), an Alkoholismus 11 (10 M. 1 Fr.). Erblich belastet waren 125 (55 M. 70 Fr.). Bei 49 (47 M. 2 Fr.) war Trunksucht Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 52 (45 M. 7 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 13 Fälle. Abgang 266 (134 M. 132 Fr.), geheilt 18 (6 M. 12 Fr.), gebessert 89 (48 M. 41 Fr.), ungeheilt 61 (21 M. 40 Fr.), gestorben 94 (55 M. 39 Fr.), davon an Tuberkulose 18 (10 M. 8 Fr.), an Krebs und Erysipel je 2 Fr., mit Paralyse 47 (34 M. 13 Fr.). In Familienpflege 75 (25 M. 50 Fr.).

Einrichtung einer zentralen Niederdruckdampfheizung auf der Männerseite. Die beiden neu erbauten zweistöckigen, je 2 Abteilungen für 16—20 Kr. enthaltenden Pflegehäuser wurden in Benutzung genommen. Die neue Waschküche ist beinahe fertiggestellt. Die 1903 bezogenen Aufnahmehäuser haben sich in allen Einrichtungen bewährt. Auf jeder Geschlechtsseite bestehen 5 Wachabteilungen. Dauerbäder werden ausgiebig und in vielen Fällen mit bestem Erfolg angewendet, in der Regel aber nicht über 11 Uhr abends hinaus ausgedehnt. Oft nötigten Reizungen der Haut und Furunkelbildung, sowie gelegentliche auffällige Gewichtsabnahme zur Einschränkung der Bäder. Der Beschäftigung der Kranken wird dauernd besondere Aufmerksamkeit geschenkt; ein eigenes Werkstättengebäude wird gefordert.

Allgemeines Programm für die Einrichtung einer neuen Brandenburgischen Landes-Irrenanstalt bei Teupitz. Berlin, den 18. Februar 1905.

In seiner Sitzung am 3. Juni 1904 hat der Provinzialausschuß beschlossen: die neue Landesirrenanstalt auf dem Gelände der Stadt Teupitz im Kreise Teltow zu errichten. Es sind hier 133 ha [Ackerland, Holzung, Weideflächen. Unland, Wasser (Tietschen-See)] angekauft für durchschnittlich 210 M. der Morgen. Die Anstalt soll im Pavillonsystem erbaut und für 1200 Kranke eingerichtet werden. Es ist projektiert zu bauen: 17 durchweg doppelgeschossige Pavillons zu je 40, 50, 60, 80 u. 120 Betten für insgesamt 1050 Kr. der III. u. IV. Klasse, 4 doppelgeschossige Pavillons zu 25 Betten und 1 Pavillon zu 50 Betten für 150 Pensionäre. Die Pensionärabteilungen sollen räumlich von dem übrigen Anstaltskomplex getrennt sein. Als Heizung wird eine Zentral-Niederdruckdampfheizung mit mehreren Heizzentralen — eine Zentralgruppenheizung — geplant. Elektrische Beleuchtung mit Akkumulatoren für den Nacht- und Sommerbetrieb. Wasserversorgung aus Grundwasserbrunnen. Gefordert werden mindestens 400 Liter pro Kopf und Tag. Die Kanalisation soll sich auf die Abfuhr sämtlicher Ab- und Regenwässer mit Einschluß der

Abschwemmung der Fäkalien erstrecken und mit einem ausgedehnten Rieselsbetrieb (16—20 Morgen Rieselfelder) verbunden werden. Klosetts und Pissoirbecken erhalten Wasserspülung.

1 Direktor, 3 Oberärzte, 2 Anstaltsärzte, 3 Assistenzärzte. Wärterdorf mit Vierfamilien-Wohnhäusern. Kosten mindestens 4000 M. pro Bett III. u. IV. Klasse und 5000 M. pro Bett I. u. II. Klasse.

Eröffnung 1. April 1908.

VII. Bericht über die Pommersche Provinzial-Irrenanstalt zu Lauenburg i. P. 1889—1904. (Dir. Geh. Med.-R. Dr. Siemens.)

Ein kurzer geschichtlicher Überblick über die Irrenpflege in der Provinz Pommern leitet den Bericht ein. Die kleinen alten Pflegeanstalten zu Stralsund, Rügenwalde Bergquell sind aufgehoben, ihre Kranken in die 1900 neu eröffnete dritte Provinzialirrenanstalt zu Treptow überführt worden. Die 1875 eröffnete Anstalt Ückermünde ist um- und ausgebaut worden. Pommern verfügt jetzt über 1890 Plätze in Provinzial-Irrenanstalten. 1000 Kranke befinden sich in den noch von Geistlichen geleiteten Anstalten Kückenmühlentabor bei Stettin. 80 Plätze stehen in der Kgl. psychiatrischen Klinik in Greifswald zur Verfügung und 50 Kranke befinden sich in Familienpflege. In der Provinz gelten 2 Irrenreglements, das eine betrifft besonders heilbare und gemeingefährliche Kranke, es sichert ihnen den Vorrang und völlig freie Verpflegung in den Anstalten und erstattet selbst die Kosten der Einlieferung. Das andere Reglement beruht auf dem Gesetz vom 11. Juli 1891. Für dringliche Aufnahmen genügt ein ärztliches Attest oder der Antrag der Polizeibehörde. Exspektantenlisten und Ablehnung von Aufnahmegesuchen hat es niemals gegeben.

Der landwirtschaftliche Betrieb Lauenburgs ist durch Ankauf des nahegelegenen Gutes „Röpke“ mit ca. 430 Morgen und weiterer günstig gelegener Ackerparzellen vergrößert worden, so daß die Anstalt jetzt über einen selbstbewirtschafteten Grundbesitz von 808 Morgen verfügt. Durch zahlreiche Neu- und Umbauten sind viele getrennte und verschiedenartig eingerichtete Abteilungen entstanden, die die weitestgehende Individualisierung und Gruppierung gestatten. Die Anstalt hat jetzt 730 Krankenplätze in 20 Häusern. Die Baukosten betragen für einen Platz 3500 M., mit Grunderwerb 3700 M. Lage und Baulichkeiten der Anstalt werden ausführlich geschildert, die Krankenzugangsbewegung in den Berichtsjahren durch zahlreiche Tabellen erläutert. Zugang im ganzen 2706 Kr. (1393 M. 1313 Fr.), davon litten 264 (214 M. 50 Fr.) an Paralyse, bei 151 (129 M. 22 Fr.) war Alkoholmißbrauch Krankheitsursache. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 55 (47 M. 8 Fr.), davon waren 18 (14 M. 4 Fr.) nicht geisteskrank.

Abgang 2077 Kr. (1058 M. 1019 Fr.), davon genesen oder gebessert 942 (516 M. 426 Fr.) d. i. 33% der Aufnahmen, ungeheilt 411 Kr. (177 M. 234 Fr.), gestorben 724 (365 M. 359 Fr.), davon 186 Kr. (152 M. 34 Fr.) an Paralyse,

194 Kr. (83 M. 111 Fr.) an Tuberkulose. Ruhrartige Darmentzündungen und Typhus kamen in vereinzelt Fällen zur Beobachtung; der Typhus war eingeschleppt, es starben daran 2 Fr. Ein Fall von Aktinomykose wurde mit Erfolg operiert. 7 in schwangerem Zustande aufgenommene Frauen wurden entbunden. Mehrere eingeschleppte Masern- und Scharlachfälle verliefen gutartig. Die vorgekommenen Unglücksfälle und Selbstmorde blieben in mäßigen Grenzen. Ein Pfleger, der sich auf der Wachabteilung für Unruhige mittags nach dem Essen auf ein Bett gelegt hatte und eingeschlafen war, wurde von einem stark hallucinierenden Paralytiker mit einem Spucknapf auf den Kopf geschlagen; er hat neben einer Schädelbasisfraktur auch noch eine Netzhautablösung auf dem linken Auge davongetragen. Entweichungen kamen naturgemäß bei der freien Lage der Anstalt und der ausgedehnten Beschäftigung der Leute häufig vor. Ausgedehnte Bettbehandlung, auch außerhalb der 6 Wachabteilungen, Dauerbäder und feuchte Einpackungen, die in den Wachabteilungen für Unruhige auch nachts angewandt werden, haben Isolierungen überflüssig gemacht und den Verbrauch der arzneilichen Beruhigungsmittel erheblich herabgesetzt.

Für die Ärzte ist eine neue Besoldungsordnung geschaffen: Assistenzärzte erhalten 1500—2400 M. Gehalt (jährlich um 100 M. steigend) und freie Station I. Klasse. Nach 5jähriger Dienstzeit werden sie zu etatsmäßigen Oberärzten ernannt. Sie sind alsdann wie die Staatsbeamten lebenslänglich angestellt und bekommen 3000—6000 M. (zweimal nach je 3 Jahren um 500 M. und fünfmal um 400 M. steigend) neben den üblichen Emolumenten. Der mit der Vertretung des Direktors betraute Oberarzt erhält außerdem eine Amtszulage jährlich von 600 M.

Bericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Dziekanka pro 1904 05. (Dir. San.-R. Dr. Kaiser.)

Bestand Ende März 1904: 769 Kr. (385 M. 384 Fr.). Zugang 217 Kr. (115 M. 102 Fr.); hiervon 36 Kr. (31 M. 5 Fr.) mit Paralyse, 10 Kr. (9 M. 1 Fr.) mit chronischem Alkoholismus. Nicht geisteskrank waren 4 Kr. (3 M. 1 Fr.), voraussichtlich heilbar 32 Kr. (12 M. 20 Fr.), voraussichtlich unheilbar 181 Kr. (100 M. 81 Fr.). Erblich belastet waren 83 Kranke, (46 M. 37 Fr.) = 38,25%. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 42 Kr. Zur Beobachtung kamen 6 Kr. (5 M. 1 Fr.). Abgang 277 Kr. (141 M. 136 Fr.); geheilt und gebessert 71 Kr. (36 M. 35 Fr.), ungeheilt 136 Kr. (75 M. 61 Fr.). davon je 50 M. u. 50 Fr. in die neue Anstalt Obrawalde. Gestorben 67 Kr. (28 M. 39 Fr.); an Paralyse 18 Kr. (12 M. 6 Fr.), an Tuberkulose 16 Kr. (4 M. 12 Fr.), an Krebs 3 Fr., an Nierenentzündung infolge Erfrierung 1 Fr. Durchschnittlich 54% der Verpflegten wurden in der allgemein üblichen Weise beschäftigt. Die Dauerwachen in den Aufnahme- und Siechenabteilungen haben sich weiter bewährt. Die Verabreichung von Dauerbädern bei allen Aufregungszuständen erwies sich als nützlich und trug zur Vermeidung von

Isolierungen bei. Mit der Entfernung der Fenstervergitterungen wurde fortgefahren.

Gesamtausgabe: 370725 M., pro Kopf und Jahr 491,14 M.

Bericht der Provinzial-Irren- und Idiotenanstalt zu Kosten pro 1904/05. (Dir. Dr. *Dluhosch*.)

Bestand Ende März 1904: 741 Kr. (390 M. 351 Fr.). Zugang 137 Kr. (78 M. 59 Fr.), davon 36 Kr. (22 M. 14 Fr.) aus anderen Anstalten. 92 Kr. (55 M. 37 Fr.) litten an Idiotie bzw. Epilepsie, 2 M. an Paralyse. Zur Beobachtung kamen 2 Kr. (1 M. 1 Fr.), beide waren nicht geisteskrank. 50% der Aufnahmen waren erblich belastet. Bei 12 Kr. (9 M. 3 Fr.) war Trunksucht Krankheitsursache. 3 Idioten und 1 Epileptiker entstammten Verwandtenehen. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 18 Kr. (13 M. 5 Fr.). Abgang 166 Kr. (90 M. 76 Fr.), genesen 2 Kr. (1 M. 1 Fr.), gebessert 11 Kr. (6 M. 5 Fr.), ungeheilt 105 Kr. (55 M. 50 Fr.), davon 50 M. u. 50 Fr. in die neue Anstalt Obrawalde, gestorben 46 Kr. (27 M. 19 Fr.), davon 26% an Tuberkulose.

Aus den lutherischen Anstalten zu Fürstenwalde wurden die letzten der Provinz angehörigen Idioten der Kostener Anstalt zugeführt, so daß die vom Landarmenverbände unterzubringenden Idioten jetzt sämtlich in dessen eigener Anstalt untergebracht sind. Durchschnittlich 37,83% des Krankenbestandes wurden beschäftigt. Die für 700 Kr. eingerichtete Anstalt war dauernd überbelegt, weitere Überführungen nach Obrawalde sind vorgesehen.

Gesamtausgabe 300098 M., pro Kopf und Jahr 414,79 M.

Bericht der Provinzial-Irrenanstalt Owinsk pro 1904/05. (Dir. Dr. *Werner*.)

Bestand Ende März 1904: 811 Kr. (389 M. 422 Fr.).

Zugang 189 Kr. (97 M. 92 Fr.); hiervon litten 22 Kr. (17 M. 5 Fr.) an Paralyse, 12 M. an Alkoholismus. Zur Beobachtung kamen 10 Kr. (9 M. 1 Fr.), 3 M. 1 Fr. waren nicht geisteskrank. Erbliche Belastung bestand bei 22 Kr. (8 M. 14 Fr.) = 11,89%. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 39 Kr. (36 M. 2 Fr.). Abgang 264 Kr. (137 M. 127 Fr.), geheilt 19 Kr. (8 M. 11 Fr.), gebessert 59 Kr. (35 M. 24 Fr.); ungeheilt 112 Kr. (58 M. 54 Fr.), hiervon wurden 50 M. u. 50 Fr. nach Obrawalde überführt; gestorben 70 Kr. (33 M. 37 Fr.), davon 21 Kr. (13 M. 8 Fr.) an Tuberkulose. Beschäftigt wurden durchschnittlich 45% der Kranken.

Gesamtausgabe: 375476,88 M., pro Kopf und Jahr 475,89 M.

Bericht der Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde 1904/05. (Dir. Dr. *Scholz*.)

Eröffnet am 2. November 1904. Liegt 3 km von Meseritz entfernt auf dem Gelände des früheren Gutes Jockisch-Vorwerk. Das Gut ist 114 ha

groß, davon sind 16,95 ha zum Bau der Anstalt benutzt. Diese ist für 700 Kr. (350 M. 350 Fr.) eingerichtet, die Möglichkeit einer Erweiterung bis zu 1200 Betten vorgesehen. Eine (unterste) Verpflegungsklasse. Kurze Beschreibung der Lage und Einrichtung der 32 Anstaltsgebäude, von denen 14 zur Aufnahme von Kranken bestimmt sind. Zentralheizung, Wasserversorgung aus 3 Tiefbrunnen mit Klär- und Filteranlagen und Rieselfeldern. Elektrische Beleuchtung mit eigener Zentrale.

Bisherige Baukosten: 3413738 M.

Aus den Anstalten Owinsk, Dziekanka und Kosten überführt 300 Kr. (150 M. 150 Fr.), dazu aufgenommen 33 Kr. (21 M. 12 Fr.), hiervon litten 3 M. an Paralyse, 1 M. an Alkoholismus, 7 Kr. (6 M. 1 Fr.) waren erblich belastet, 10 Kr. (9 M. 1 Fr.) mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten; 2 M. nicht geisteskrank. Abgang 21 Kr. (13 M. 8 Fr.); 3 Kr. (2 M. 1 Fr.) geheilt. 4 Kr. (2 M. 2 Fr.) gebessert, ungeheilt 5 Kr. (4 M. 1 Fr.). Gestorben 9 Kr. (5 M. 4 Fr.). Eine Entweichung. Beschäftigt wurden durchschnittlich 32,37⁰ der Verpflegten.

Gesamtausgabe: 106989 M.

Bericht des städtischen Irrenhauses zu Breslau pro 1904/05. (Primärarzt Dr. Hahn.)

Bestand am 31. März 1904: 228 Kr. (118 M. 110 Fr.), Zugang 750 Kr. (500 M. 250 Fr.), Abgang 752 (504 M. 248 Fr.); geheilt 230 Kr., gebessert 280 Kr., ungeheilt 162, gestorben 80.

Wechsel unter dem Pflegepersonal geringer, es schieden meist nur jüngere Personen aus. Von diplomierten Pflegepersonen sind noch 25 im Dienst. Die in den Krankengärten aufgestellten Torfstreuklosetts haben sich nicht bewährt und sollen durch Wasserspülklosetts ersetzt werden. Ausgedehnte Bettbehandlung. Liegekuren im Freien auch für akute Geistesranke. Günstige Wirkungen hydrotherapeutischer Maßnahmen. bes. der prolongierten Bäder. Subkutane Infusionen physiologischer Kochsalzlösung wirkten vorzüglich bei Erschöpfungspsychosen; infundiert wurden jedesmal 800—1200 ccm. bei unruhigen abstinierenden Kranken waren sie häufig erfolglos.

Gesamtausgabe: 244026 M.

Bericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Brieg pro 1904/05. (Dir. Dr. Petersen.)

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 533 Kr. (262 M. 271 Fr.), davon beurlaubt 39 (19 M. 20 Fr.). Zugang 128 Kr. (70 M. 58 Fr.), hiervon litten an Paralyse 14 (11 M. 3 Fr.), erblich belastet waren 55 (21 M. 34 Fr.). Bei 11 Kr. (9 M. 2 Fr.) war Trunksucht Krankheitsursache. 4 an Paralyse erkrankte Männer waren luetisch infiziert. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 29 (25 M. 4 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 6 M., davon waren 3 nicht geisteskrank. Abgang 129 (73 M. 56 Fr.); geheilt 15 (6 M. 9 Fr.).

gebessert 32 Kr. (15 M. 17 Fr.), ungeheilt 38 Kr. (30 M. 8 Fr.), nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.), gestorben 40 Kr. (19 M. 21 Fr.). An Tuberkulose starben 3 Kr. (2 M. 1 Fr.) 3 Fälle von Typhus, von denen einer letal verlief; Ursache nicht festgestellt. 11 Entweichungen. Künstlich mit der Sonde ernährt wurden 7 Kr. (1 M. 6 Fr.).

In Familienpflege 35 Kr. (15 M. 20 Fr.).

Gesamtausgabe: 228 256 M.

Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bunzlau pro 1904/05. (Dir. Dr. *Neisser*.)

Bestand am 31. März 1904: 668 Kr. (388 M. 280 Fr.), davon 23 M. in Familienpflege in Looswitz. Zugang 110 Kr. (63 M. 47 Fr.). Hiervon waren 29 Kr. (26 M. 3 Fr.) mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. 25 Kr. (15 M. 10 Fr.) litten an Paralyse. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 5 M. Abgang 107 Kr. (61 M. 46 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., geheilt 17 Kr. (9 M. 8 Fr.), gebessert 22 Kr. (10 M. 12 Fr.), ungeheilt 21 Kr. (13 M. 8 Fr.), gestorben 46 (28 M. 18 Fr.). An Influenza waren gleichzeitig 75 Personen erkrankt. Außerdem kamen neben 4 Typhusfällen zahlreiche dysenterieartige Enteritiden vor. Einführung von Kanalisation und Herstellung einer neuen Wasserversorgung werden als dringend notwendig bezeichnet. Die Bettbehandlung hat eine wesentliche Erweiterung erfahren und ist auch in den Häusern für Unruhige nach Vornahme einiger Umbauten zur Durchführung gelangt. Überfüllung, Anhäufung unsozialer und verbrecherischer Elemente, zu knapp bemessenes Pflegepersonal und nicht zum wenigsten die zu geringe Anzahl der Ärzte erschweren alle therapeutischen Bestrebungen. Die Unterbringung weiblicher Kranken in Familienpflege in der Stadt Bunzlau wird angebahnt.

Gesamtausgabe: 314 519 M.

Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Freiburg in Schlesien pro 1904/05. (Dir. Dr. *Buttenberg*.)

Bestand am 1. April 1904: 675 Kr. (332 M. 343 Fr.). Zugang 143 Kr. (83 M. 60 Fr.), davon litten an Idiotie und Imbezillität 18 (9 M. 9 Fr.), an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 29 Kr. (21 M. 8 Fr.), an Hysterie 1 Fr., an einfacher Seelenstörung 82 Kr. (42 M. 40 Fr.), an Paralyse 10 Kr. (8 M. 2 Fr.). Nicht geisteskrank 2 M. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren 31 Kr. (23 M. 8 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 5 M. Auf Veranlassung einer Ziegelei-Berufsgenossenschaft wurde 1 Fr. untersucht. Abgang: 122 (65 M. 57 Fr.); geheilt 6 (2 M. 4 Fr.), gebessert 30 (12 M. 18 Fr.), ungeheilt 33 Kr. (26 M. 7 Fr.), gestorben 51 (23 M. 28 Fr.), nicht geisteskrank 2 M. An Tuberkulose starben 7 Kr., an Paralyse 6 Kr. Eine unter Personal und den Pfleglingen heftig auftretende ausgedehnte Influenzaepidemie erschwerte zeitweise die ordnungsmäßige Unterbringung und Versorgung der

Kranken. Scharlach kam in 12 Fällen zur Beobachtung, er trat zuerst bei einem Beamtenkinde auf; der Schulunterricht fiel dieser Epidemie wegen längere Zeit aus. Ein Waschhaus wurde neugebaut und die Dampfkesselanlage entsprechend vergrößert, der Umbau des Polsnitzer Gutes beendet und sein Anschluß an das städtische Wasserwerk bewerkstelligt.

Gesamtausgabe: 276 135 M.

Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Leubus in Schlesien pro 1904/05. (Dir. Geh. San.-R. Dr. *Alter*.)

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 312 Kr. (170 M. 142 Fr.). Zugang 122 Kr. (78 M. 44 Fr.), davon mit Paralyse 20 K. (17 M. 3 Fr.). Erbliche Belastung bei 47 Kr. (27 M. 20 Fr.) = 38,5 % aller Aufgenommenen. Bei 3 Paralytikern war Lues nachweisbar. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren 32 Kr. (28 M. 4 Fr.) = 26,23 % der Neuaufgenommenen. 12 (10 M. 2 Fr.) kamen zur Beobachtung ihres Geisteszustandes. Abgang 113 (76 M. 37 Fr.), genesen 11 (4 M. 7 Fr.), gebessert 35 (21 M. 14 Fr.), ungeheilt 52 (39 M. 13 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., gestorben 14 (11 M. 3 Fr.), davon 7 (6 M. 1 Fr.) an Paralyse, 4 M. durch Suicid. 1 Kr. verbrannte mit der auf dem Anstaltsgute gelegenen Feldscheuer. 8 Entweichungen. Bei den gemeinsamen Vergnügungen werden alkoholische Getränke nicht mehr verabreicht.

In der Pensionsanstalt bleiben 60 (25 M. 35 Fr.), Zugang 24 (14 M. 10 Fr.). Erblich belastet waren hier 37,5 %. 2 M. waren nach Lues an Paralyse erkrankt. Abgang 26 (17 M. 9 Fr.).

Gesamtausgabe: 188561 M.

Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Rybnik in Schlesien pro 1904/05. (Dir. Geh. San.-R. Dr. *Zander*.)

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 789 (409 M. 380 Fr.). Zugang 129 (70 M. 59 Fr.). darunter 18 (11 M. 7 Fr.) mit Paralyse. 29 (24 M. 5 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. 32 (15 M. 17 Fr.) waren erblich belastet. 4 M. kamen zur Beobachtung ihres Geisteszustandes. Eine mit den Symptomen einer schweren Graviditätspsychose aufgenommene Frau wurde bald als „epidemische Genickstarre“ erkannt, sie starb nach 3 Tagen. Abgang 132 (73 M. 59 Fr.), geheilt 15 (5 M. 10 Fr.), gebessert 34 (19 M. 15 Fr.), ungeheilt 42 (33 M. 9 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.), gestorben 38 (14 M. 24 Fr.), davon 9 (6 M. 3 Fr.) an Paralyse, 14 (2 M. 12 Fr.) an Tuberkulose. Im Anschluß an eine ausgedehnte Influenzaepidemie verbreitete sich die Tuberkulose in auffallender Weise besonders auch auf der Frauenabteilung unter dem Pflegepersonal. Allein 7 Pflegerinnen wurden auf Kosten der Provinz in Lungenheilstätten geschickt. Vorläufig sind für die Tuberkulösen in den Krankenhäusern besondere, in sich abgeschlossene, mit eigenen Zugängen, Spülküchen usw. versehene kleine Abteilungen eingerichtet, in denen

nachts gewacht wird und das regelmäßig wechselnde Personal nicht bei den Kranken schläft. Die notwendige peinlichste Absonderung aller tuberkulösen Kranken wird erst nach Errichtung neuer Infektionsbaracken mit Liegehallen möglich sein.

Die Dauernachtwachen haben sich bewährt. Die Verpflegung der vorhandenen großen Anzahl geisteskranker Verbrecher gestaltet sich bei dem Fehlen besonderer hierzu geeigneter Abteilungen immer schwieriger. Ein Kranker griff den Direktor mit einem haarscharf gewetzten Taschenmesser, das er einige Zeit zuvor gefunden hatte, an. Er strauchelte beim Ansprunge gegen den vor ihm stehenden Direktor und konnte so noch rechtzeitig abgewehrt werden.

Gesamtausgabe: 410457 M.

28. und 29. Verwaltungsbericht der Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu Rittergut Alt-Scherbitz 1902/03 und 1903/04. (Dir. Geh. R. Dr. *Paetz.*)

Bestand am Beginn des Berichtjahres 1902/03 = 899 Kr. (510 M. 389 Fr.).
Zugang = 331 Kr. (180 M. 151 Fr.); Abgang = 338 Kr. (187 M. 151 Fr.),
davon starben 101 Kr. (59 M. 42 Fr.) = 8,2 %, genesen 70 Kr. (46 M. 24 Fr.).

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 1903/04 = 892 Kr. (503 M. 389 Fr.).
Zugang = 383 Kr. (192 M. 191 Fr.); Abgang = 320 Kr. (185 M. 135 Fr.),
davon starben 125 Kr. (64 M. 61 Fr.) = 9,8 %, genesen 63 Kr. (36 M. 27 Fr.).

262 Kr. (132 M. 130 Fr.) aller Aufgenommenen waren erblich belastet, bei 89 Kr. (78 M. 11 Fr.) war Alkoholismus, bei 64 Kr. (57 M. 7 Fr.) war Lues Krankheitsursache. 106 der aufgenommenen Kr. (86 M. 20 Fr.) litten an Paralyse. Ein Typhusfall mit letalem Ausgang bei einem mit der Schweinefütterung beschäftigten Kranken, der Speisereste aus den Futterfässern verzehrte und sich hierbei wohl die Infektion zugezogen hatte. Je ein Unglücksfall durch Ertrinken bzw. Verbrennung. Znr Beobachtung kamen 18 forensische Fälle, davon waren 8 geisteskrank.

Die Verpflegungskosten in der III. Klasse betrugen 1902/03 pro Kopf und Tag 69 Pf., 1903/04 54 Pf.; diese Verbilligung wurde durch Veränderungen im Beköstigungswesen, besonders durch Abschaffung des „starrten Speiseetats“ ermöglicht. Dauer-Nachtwachen haben sich bewährt und sind durchweg eingeführt; dabei konnte bei 25 % der Pflegerinnen konstatiert werden, daß bei sonstigem Wohlbefinden in der ersten Woche der Nachtwache das Körpergewicht abnimmt. Über einen Monat wird die Dauerwache nicht ausgedehnt. Die in dem Haushaltsplan zu diesem Zweck vorgesehene Summe von 800 M. ermöglicht den Anstaltsärzten die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungskursen, Kongressen und wissenschaftlichen Studienreisen. Durch Beschluß des Provinzial-Landtages vom 1. April 1902 wurden für die Ärzte feste Besoldungsgrundsätze eingeführt und die Ärzte zu diesem Zweck in Oberärzte, ordentliche, Assistenz- und Volontärärzte eingeteilt mit

der Maßgabe, daß die Hälfte der Ärzte außer dem Direktor in die Stellungen von Oberärzten bzw. ordentlichen Ärzten gelangen können. Diese beziehen neben den üblichen Emolumenten 2700—5000 M. mit Gehaltszulagen von je 400 M. oder 3000 M. nach 3 Jahren, jene 3600—5700 M. mit Gehaltszulagen von je 600 oder 500 M. nach 3 Jahren.

[Wenn auch anerkannt werden muß, daß die Lage der Irrenärzte hierdurch gebessert ist, so darf nicht unerwähnt bleiben, daß weitere Verbesserungen folgen müssen; anderenfalls wird die Ärztenot an den Anstalten, die stellenweise schon groß ist, immer mehr zunehmen. Die Irrenarztkarriere ist heute keine begehrenswerte Karriere, das zeigt deutlich die geringe Anzahl von Meldungen bei eintretenden Vakanzen. Neben der Schwere des Berufes an sich mit seiner großen Gebundenheit und seinen mancherlei Nachteilen anderen Berufsarten gegenüber ist es besonders die immer geringer werdende Aussicht, einmal eine selbständige Stellung zu erreichen, welche den jungen Arzt zurückhält, Irrenarzt zu werden. Das Verhältnis der Anzahl der Direktorenstellen zu der an einer Anstalt beschäftigten Ärztezahl betrug bei der früher üblichen Größe der Anstalten 3 ja 2 : 1. Seitdem nurmehr große Anstalten gebaut werden, beträgt dieses Verhältnis 8 ja 12 : 1. So darf heute die große Mehrzahl der Irrenärzte nicht mehr darauf rechnen, jemals in eine leitende, selbständige Stellung aufzurücken. Der Wunsch nach weiterer Verbesserung der Stellung und Lage der Irrenärzte dürfte deshalb kein ungerechtfertigter sein. Werden diese Stellungen zu sicheren, entsprechenden Lebensstellungen ausgestaltet, so wird die Ärztenot an den Anstalten bald verschwinden und die Irrenarztkarriere wieder mehr und mehr gesucht werden. D. Ref.]

Bericht über das 84. Verwaltungsjahr der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt bei Schleswig 1904. (Dir. Dr. *Kirchhoff*.)

Bestand am Beginn des Jahres 899 Kr. (500 M. 399 Fr.). Zugang 358 Kr. (190 M. 168 Fr.), hiervon waren 141 Kr. (65 M. 76 Fr.) erblich belastet, 17 Kr. (14 M. 3 Fr.) litten an Paralyse, bei 30 M. war Alkoholismus Krankheitsursache. Abgang 348 Kr. (187 M. 161 Fr.); 47 (20 M. 27 Fr.) wurden geheilt. 92 (46 M. 46 Fr.) gebessert entlassen, 93 Kr. (57 M. 36 Fr.) starben: 4 M. und 5 Fr. an Tuberkulose, 13 Kr. (9 M. und 4 Fr.) an Paralyse. Eine Frau erhängte sich. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 10 M., davon waren 9 geisteskrank. 23 Kr. (13 M. 10 Fr.), mußten aus Privatpflegeanstalten zurückgenommen werden, weil die Revisionskommission unreine, unruhige, sowie schwer sieche Kranke in Privatanstalten nicht wissen wollte. Der Krankenbestand wird daher immer mehr ein unruhigerer und pflegebedürftigerer, und das Bedürfnis nach Erweiterung der hierzu geeigneten Abteilungen wird zusehends größer. Die Anstalt soll deshalb durch Ankauf vergrößert und für 1500 Kr. eingerichtet werden. Auf der Frauenabteilung wurde ein „Zellenflügel“ zu einer modernen Wohn- und Wachabteilung umgebaut und mit entsprechenden Einrichtungen versehen. Im Wärrerhause „Kalkofen“ wurde eine

kleine freigewordene Wohnung zur Vergrößerung der daneben gelegenen zu kleinen Wohnungen verwandt. Der Wechsel im Wartepersonal war nach wie vor stark, es wurden verheiratete Frauen als Hilfspflegerinnen angenommen. Gesamtausgabe 569 749 M.

Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 63,05 Pf.

Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen pro 1904/05. (Dir. Prof. Dr. *Cramer*.)

Bestand am 1. April 1904: 491 (309 M. 182 Fr.). Zugang 238 (123 M. 115 Fr.), darunter 16 mit Paralyse, 7 M. mit Delirium. Bei 86 (44 M. 42 Fr.) war Heredität nachweisbar. Bei 21 (17 M. 4 Fr.) war Lues, bei 10 M. Alkoholismus Krankheitsursache. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 16 Fälle. Abgang 281 (140 M. 141 Fr.), genesen 1 Fr., gebessert 88 (45 M. 43 Fr.), ungeheilt 157 (77 M. 80 Fr.), gestorben 28 (12 M. 16 Fr.), nicht geisteskrank 6 M. 1 Fr. Der Anstaltsaufenthalt der Genesenen betrug 1 Monat. An Tuberkulose sind 3 (2 M. 1 Fr.) gestorben, an Lungenentzündung 5 (2 M. 3 Fr.). In Familienpflege am Schluß des Berichtsjahres 60 (49 M. 11 Fr.) in zehn verschiedenen Ortschaften. Die beiden Hofstationen wurden mit Niederdruckdampfheizung versehen, ein Heißluft-Dampfbad eingerichtet. Toxische Psychosen wurden erfolgreich mit Heißluft- und Dampfbädern behandelt. Mit Abänderung der Wasseraborte wurde fortgefahren, sämtliche Stationsräume sind jetzt mit Tornado-Spülsystem versehen. Nach Vollendung des neuen Beamtenwohnhauses sind die Beamten mit ihren Familien aus den Krankenpavillons entfernt. Die Räume der Gärtnerwohnung wurden als Werkstätten benutzt. Die Mauern verschwinden allmählich mehr und mehr und damit auch der kasernen- und gefängnisartige Charakter der Anstalt.

Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim pro 1904/05. (Dir. San.-Rat Dr. *Gerstenberg*.)

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 684 (375 M. 309 Fr.) einschließlich 72 M. in der Ackerbaukolonie Einum. Zugang: 185 (105 M. 80 Fr.), davon 24 M. mit Paralyse, 129 (60 M. 69 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 8 (5 M. 3 Fr.) mit Hysterie und Epilepsie mit Seelenstörung, 11 (4 M. 7 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie. Zur Beobachtung kamen 13 (12 M. 1 Fr.). 7 M. waren nicht geisteskrank. Als Krankheitsursache findet sich bei 35 (17 M. 18 Fr.) Heredität, uneheliche Geburt bei 3 (2 M. 1 Fr.), Trunksucht bei 15 (13 M. 2 Fr.), Lues bei 7 M. Abgang: 201 (101 M. 100 Fr.), geheilt 32 (14 M. 18 Fr.), gebessert 33 (14 M. 19 Fr.), ungeheilt 59 (19 M. 40 Fr.), nicht geisteskrank 7 M., gestorben 70 (47 M. 23 Fr.), darunter 22 (17 M. 5 Fr.) an Paralyse, 5 an Tuberkulose, 4 an Krebs, 2 durch Suicid. Die Zahl der an Tuberkulose Verstorbenen, die früher durchschnittlich etwa 14% betrug, hat sich

nach mancherlei Verbesserungen in hygienischer Beziehung, vor allem aber infolge der geringeren Belegung der Anstalt, erheblich verringert. Auf dem Sültekloster wurde ein mit einer kleinen Kapelle verbundenes Sektionshaus neu gebaut.

42 Aufnahmeanträge mußten abgelehnt werden. Gesamtausgabe 103576 M.

Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüneburg pro 1904/05. (Dir. Dr. *Snell*.)

Bestand am 1. April 1904: 648 (319 M. 329 Fr.). Zugang: 223 (129 M. 94 Fr.), darunter mit Paralyse 24 (21 M. 3 Fr.). Bei 72 (36 M. 36 Fr.) war erbliche Belastung, bei 18 (17 M. 1 Fr.) Alkoholmißbrauch, bei 10 (9 M. 1 Fr.) Lues Krankheitsursache. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 5 (4 M. 1 Fr.). Abgang: 204 (114 M. 90 Fr.), geheilt 18 (10 M. 8 Fr.), gebessert 54 (25 M. 29 Fr.), ungeheilt 62 (39 M. 23 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., gestorben 69 (39 M. 30 Fr.), darunter 23 (19 M. 4 Fr.) mit Paralyse. An Lungentuberkulose starben 2 Fr., an tuberkulöser Meningitis 1 Fr., an Krebs 3 Fr., an Erysipel 3 (2 M. 1 Fr.). Häufige Entweichungsversuche und auch gelungene Entweichungen ohne schlimme Folgen. Im Winter mehrere schwere Fälle von Erysipelas. Die Bettbehandlung kam in ausgedehntester Weise zur Anwendung, Dauerbäder wurden viel mit gutem Erfolg gegeben. Zur Beschäftigung wurden alle chronischen Kranken, soweit es nur irgend möglich war, herangezogen. An den regelmäßigen Festlichkeiten in den Wintermonaten beteiligten sich durchschnittlich 300 Kranke. Großer Wechsel unter dem Warte- und Dienstpersonal; die Beschaffung geeigneten Ersatzes war oft schwierig.

Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Osnabrück pro 1904. (Dir. Dr. *Schneider*.)

Bestand am 1. April 1904: 398 (153 M. 245 Fr.). Zugang: 166 (83 M. 83 Fr.), darunter 13 (12 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 6 M. mit Alkoholismus. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 4 M., davon war 1 nicht geisteskrank. Erbliche Belastung war vorhanden bei 68 (29 M. 39 Fr.). Alkoholismus wird als Krankheitsursache genannt bei 12 (9 M. 3 Fr.), Lues bei 9 M. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren 19 M. Abgang: 152 (71 M. 81 Fr.), geheilt 28 (17 M. 11 Fr.), gebessert 59 (18 M. 41 Fr.), nicht gebessert 20 (16 M. 4 Fr.), gestorben 44 (19 M. 25 Fr.). An Tuberkulose starben 6 (1 M. 5 Fr.), an Paralyse 5 (2 M. 3 Fr.), an Lungenentzündung 9 (7 M. 2 Fr.). Influenzaerkrankungen kamen während des ganzen Jahres vor; 7 Typhuserkrankungen ausgehend von einer Brunnenverunreinigung; eine Röhre eines in der Nähe des Brunnens vorbeigehenden Ableitungskanals war schadhaft geworden und so Schmutzwasser in den Brunnen gelangt. Zahlreiche Selbstmordversuche besonders bei hysterischen Kranken. Eine Patientin hatte sich nachts eine stählerne Stricknadel in den Leib gestoßen und erst am Morgen

diesen Vorgang erzählt; die völlig im Leibe verschwundene Nadel wurde operativ entfernt.

Bericht der Provinzial-Heilanstalt Marsberg i. W. pro 1904.

Bestand am Beginn des Berichtsjahres: 605 Kr. (311 M. 294 Fr.). Zugang 189 Kr. (90 M. 99 Fr.). Hiervon litten 7 Kr. (5 M. 2 Fr.) an Paralyse, in 4 Fällen (3 M. 1 Fr.) war Lues Krankheitsursache. Erbliche Belastung war bei 47 Kr. (18 M. 29 Fr.) nachzuweisen, bei 11 Kr. (10 M. 1 Fr.) war Trunksucht Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren 16 Kr. (11 M. 5 Fr.).

Abgang 188 Kr. (100 M. 88 Fr.), und zwar wurden geheilt entlassen 45 Kr. (18 M. 27 Fr.), gebessert 39 Kr. (17 M. 22 Fr.), ungeheilt 63 Kr. (40 M. 23 Fr.). Gestorben sind 37 Kr. (21 M. 16 Fr.), davon 4 Kr. (2 M. 2 Fr.) an Tuberkulose. Zur Beobachtung kamen 4 M., davon waren 2 geistesschwach im Sinne des § 6 BGB., die beiden anderen waren geistig minderwertig aber nicht geisteskrank.

Eine zweite Oberarztstelle wurde eingerichtet. Die Kochküche wurde umgebaut, vergrößert und mit neuen Einrichtungen versehen. Die Beköstigung aller Kranken kostete pro Kopf und Tag 73,07 Pf.

Bericht der Provinzial-Heilanstalt Lengerich i. W. pro 1904.

Bestand am Beginn des Berichtsjahres: 630 Kr. (342 M. 288 Fr.). Zugang 183 Kr. (114 M. 69 Fr.), hiervon litten 16 M. an Paralyse, bei 4 M. war Lues nachweisbar. Bei 21 M. war Trunksucht Krankheitsursache. 53 Kr. (26 M. 27 Fr.) waren erblich belastet. Abgang 158 Kr. (101 M. 57 Fr.), hiervon wurden geheilt entlassen 32 (16 M. 16 Fr.), gebessert 34 Kr. (17 M. 17 Fr.), ungeheilt 36 Kr. (32 M. 4 Fr.). Gestorben sind 49 Kr. (31 M. 18 Fr.), 6 0/0 aller Verpflegten, davon 11 Kr. (4 M. 7 Fr.) an Tuberkulose. Zur Beobachtung kamen 7 Kr. (5 M. 2 Fr.). Die Zahl der Familienpfleglinge ist auf 26 Kr. (20 M. 6 Fr.) gestiegen. Die neugeschaffene II. Oberarztstelle wurde sofort besetzt. Zwei Siechenabteilungen für je 38 Kr. mit getrennten Räumen für infektiöse Kranke wurden neu gebaut. Die zur Befreiung des Brunnenwassers von Kesselstein aufgestellten Reinigungsapparate arbeiten nur unvollkommen. Die Beköstigung aller Kranken kostete pro Kopf und Tag 70,0545 Pf.

Bericht der Provinzial-Heilanstalt Münster i. W. pro 1904.

Bestand am Beginn des Berichtsjahres: 618 Kr. (249 M. 369 Fr.). Zugang 218 Kr. (119 M. 99 Fr.). hiervon litten 15 Kr. (11 M. 4 Fr.) an Paralyse, bei 7 Kr. (6 M. 1 Fr.) war Lues nachweisbar, bei 17 Kr. (14 M. 3 Fr.) war Trunksucht Krankheitsursache. Erbliche Belastung fand sich bei 79 Kr. (36 M. 43 Fr.). Abgang 176 Kr. (114 M. 62 Fr.), und zwar geheilt 33 Kr. (13 M. 20 Fr.), gebessert 40 Kr. (23 M. 17 Fr.), ungeheilt 59 Kr. (50 M. 9 Fr.). Gestorben

30 Kr. (15 M. 15 Fr.), und zwar 8 Kr. (7 M. 1 Fr.) an Paralyse, 4 Fr. an Tuberkulose. 3 Fälle von Scharlach, wovon einer letal verlief. Zur Beobachtung kamen 14 Kr. (13 M. 1 Fr.). 41 Aufnahmeanträge mußten wegen Platzmangel abgelehnt werden. Die neu geschaffene II. Oberarztstelle wurde sofort besetzt. Eine Baracke für infektiöse Kranke wurde neu gebaut, die Waschküche vergrößert. Ein Teil der alten Aborte wurden entfernt und durch Wasserklosetts ersetzt. Die Beköstigung kostete für alle Kranken durchschnittlich pro Kopf und Tag 75,845 Pf.

Bericht der Provinzial-Heilanstalt Aplerbeck i. W.

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 688 Kr. (353 M. 335 Fr.), Zugang 188 Kr. (100 M. 88 Fr.); hiervon litten 23 Kr. (20 M. 3 Fr.) an Paralyse, bei 5 M. war Lues nachweisbar; bei 12 Kr. (9 M. 3 Fr.) war Trunksucht Krankheitsursache. Erbliche Belastung fand sich bei 51 Kr. (26 M. 25 Fr.). Abgang 178 Kr. (87 M. 91 Fr.): geheilt 22 Kr. (11 M. 11 Fr.), gebessert 30 Kr. (12 M. 18 M.), ungeheilt 56 Kr. (27 M. 29 Fr.), gestorben 47 Kr. (17 M. 30 Fr.): 16 Kr. (10 M. 6 Fr.) an Paralyse, 4 Kr. (1 M. 3 Fr.) an Tuberkulose und 2 Fr. an Krebs. 1 Typhusfall mit letalem Ausgang. Zur Beobachtung kamen 23 Pers. (20 M. 3 Fr.), hiervon waren 3 Fr. und 2 M. geisteskrank. In Familienpflege 15 Kr. (6 M. 9 Fr.). Die Beköstigung kostete für alle Kranken durchschnittlich pro Kopf und Tag 71 Pf.

Bericht der Provinzial-Pflegeanstalt Eickelborn pro 1904.

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 514 Kr. (263 M. 251 Fr.), Zugang 102 Kr. (80 M. 22 Fr.), hiervon litten 81 Kr. (68 M. 13 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 4 Kr. (3 M. 1 Fr.) an Paralyse, 11 Kr. (5 M. 6 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 6 Kr. (4 M. 2 Fr.) an Epilepsie. Von den Aufgenommenen waren 13 Kr. erblich belastet, 7 Kr. trunksüchtig, bei 12 Kr. war Straftat, bei 2 Kr. Kopfverletzung Krankheitsursache. Abgang 35 Kr. (18 M. 17 Fr.): gestorben 32 Kr. (15 M. 17 Fr.) = 5,2 % der Verpflegten: An Tuberkulose starben 5 Kr., an Paralyse 3 Kr., 1 Kr. durch Ersticken infolge Verschluckens beim Essen. 3 Kr. wurden in andere Anstalten versetzt.

Die 1883 eröffnete Anstalt wurde 1903 und 1904 durch eine Reihe von Neubauten wesentlich erweitert.

Das Beamten- und Pflegepersonal besteht aus: 1 ärztlichen Direktor, 1 Oberarzt, 1 katholischen Anstaltsgeistlichen, 1 Oberpfleger, 29 Pflegern, 43 barmherzigen Schwestern, 1 Inspektor und 1 Hausmeister. Die Beköstigung betrug pro Kopf und Tag 52,70 Pf.

Bericht der Irren-Heil- und Pflegeanstalt Weilmünster 1904/05. (Dir. Dr. *Lantzius-Beninga*.)

Das Etatsjahr begann mit einem Bestande von 726 Kr. (342 M. 384 Fr.) Zugang 183 Kr. (112 M. 71 Fr.) Abgang 151 Kr. (88 M. 63 Fr.), hiervon sind gestorben 68 Kr. (41 M. 27 Fr.). Bestand am 31. März 1905: 759 Kr. (366 M. 393 Fr.). Durchschnittsbestand pro Tag 746 Kr. 50 % der Aufnahmen waren erblich belastet, bei 37 Kr. (35 M. 2 Fr.) war Alkoholismus, bei 16 Kr. (12 M. 4 Fr.) Lues Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren 58 (53 M. 5 Fr.) der Aufgenommenen. 47 % aller verpflegten Männer war vorbestraft! Zur Beobachtung kamen 5 forensische Fälle, davon waren 4 geisteskrank. Es kamen 3 Fälle von Typhus vor, 2 mit letalem Ausgang. An Lungentuberkulose starben 4 M. Die Gesamtsterblichkeit betrug 9 %. Von Bettruhe, protrahierten und Dauerbädern wurde in ausgedehnter Weise Gebrauch gemacht, die bestehenden 8 Wachstationen waren beständig voll belegt, isoliert wurde nur im äußersten Notfall. Die im Vorjahr eingeführte „schottische Nachtwache“ hat sich bewährt. Beschäftigt wurden im Durchschnitt 110 M. u. 124 Fr. in der allgemein üblichen Weise. Die Verpflegungskosten betrugen pro Kopf und Tag 72 Pf.; 5 Pf. mehr als im Vorjahre infolge der erhöhten Lebensmittelpreise. Es besteht nur eine Verpflegungsklasse. Die Errichtung besonderer Villen für Pensionäre wird gewünscht. Unter dem Wartepersonal fand großer Wechsel statt. Wegen Überfüllung und besonders wegen Zunahme der unruhigen und unsocialen Elemente wurde das Verhältnis der Zahl der Pflegepersonen zu derjenigen der Kranken von 1:7 auf 1:6 erhöht. 2 Wärter und 1 Wärterin erhielten für sechsjährige tadellose Dienstzeit eine Prämie von je 300 M. Die Zahl der verheirateten Wärter erhöhte sich von 6 auf 10. Das Ärztekollegium bestand aus 6 Ärzten: dem Direktor, dem zweiten Arzt, 2 Abteilungsarzten und 2 Assistenzärzten.

Bericht der Heil- und Pflegeanstalt Eichberg im Rheingau 1904/05. (Dir. Dr. *Bothe*.)

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 745 Kr. (385 M. 360 Fr.). Zugang 215 Kr. (132 M. 83 Fr.). Abgang 191 Kr. (108 M. 83 Fr.), davon genesen 9 Kr. (1 M. 8 Fr.), gebessert 53 Kr. (30 M. 23 Fr.), gestorben 60 Kr. (30 M. 30 Fr.). 76 der Aufnahmen (43 M. 33 Fr.) waren erblich belastet, bei 32 M. u. 2 Fr. war Alkoholismus Krankheitsursache. 49 M. u. 5 Fr. waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. In vielen Fällen war über Heredität zuverlässiges nicht zu ermitteln, die erbliche Belastung dürfte daher viel höher einzuschätzen sein, als sich aus obigen Ziffern ergibt. An Tuberkulose verstarben 11 Kr. (4 M. 7 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 17 M. u. 1 Fr. Von den Aufnahmen litten 14 M. u. 1 Fr. an Paralyse. „Bettpflege“ wurde immer mehr angewandt und betrug schließlich rund 40 %. In Familienpflege waren 54 Kr. Häufiger Wechsel unter dem Wartepersonal, dessen Beschaffung andauernd große Mühe macht.

Bericht über die 6 Provinzialheil- und Pflegeanstalten der Rheinprovinz. Rechnungsjahr 1904/05.

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 4163 Kr. (2172 M. 1991 Fr.), und zwar in Andernach 471 Kr. (241 M. 230 Fr.), in Bonn 732 Kr. (380 M. 352 Fr.), in Düren 762 Kr. (396 M. 366 Fr.), in Galkhausen 644 Kr. (314 M. 330 Fr.), in Grafenberg 807 Kr. (440 M. 367 Fr.), in Merzig 747 Kr. (401 M. 346 Fr.). Zugang 2653 Kr. (1536 M. 1117 Fr.). Abgang 2406 Kr. (1414 M. 992 Fr.). Am Schluß des Berichtsjahres betrug der Bestand 4410 Kr. (2294 M. 2116 Fr.). 34,8% aller Aufnahmen waren erblich belastet (31,1% M. 40,6% Fr.), bei 625 Kr. (473 M. 152 Fr.) war Alkoholismus Krankheitsursache, d. i. 23,1% (30,7% M. 13,6% Fr.). 17,1% der Aufnahmen (26,8% M. 3,6% Fr.) war mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. Die Summe der Todesfälle betrug in Andernach 6,6% aller Verpflegten, in Bonn 7,8%, in Düren 8,4%, in Galkhausen 9%, in Grafenberg 8,8%, in Merzig 7%. An Tuberkulose starben in Andernach 4%, in Bonn 25%, in Düren 23%, in Galkhausen 9,2%, in Grafenberg 15,8%, in Merzig 27%. Entweichungen kamen in allen Anstalten vor, sie verliefen harmlos bis auf einen Fall, eine Frau betreffend, die nach einigen Wochen tot im benachbarten Walde aufgefunden wurde: der Tod war wohl infolge von Erschöpfung eingetreten. 13 Entbindungen in 5 Anstalten, davon je 4 in Andernach und Galkhausen. Fälle von Ruhr kamen in Galkhausen (4 M.) und in Merzig (5 M.) zur Beobachtung: an Typhus erkrankten in Bonn 1 Fr., in Düren 5 Fr. Die Ätiologie blieb unaufgeklärt. Ein Selbstmord bei einer Patientin, bei der bereits über 200 Suicidversuche vereitelt worden waren. Arzneikosten pro Kopf und Jahr 7,44 M. Verpflegungskosten pro Kopf und Tag 1,61 M. Im Bewahrungshause zu Düren sind 60 irre Verbrecher verpflegt, der Durchschnittsbestand betrug 48 Kranke. An Unterstützungsgeldern wurden 12163 M. an Kranke und deren Angehörige verabreicht. In Galkhausen wurden fünf neue Krankengebäude und ein Wohnhaus für einen Arzt fertiggestellt. Der Neubau der Anstalt Johannisthal bei Süchteln kann Juli 1905 die ersten Kranken aufnehmen. Am 30. September 1904 erfolgte die feierliche Verabschiedung des Geheimrats Dr. *Pelmann* in Bonn.

In Bonn und Grafenberg wurden ärztliche Fortbildungskurse abgehalten. Fünf Anstaltsärzte konnten dank der hierfür in den Anstaltshaushaltsplänen vorgesehenen Mittel an den Fortbildungskursen teilnehmen.

Bericht der Kreisirrenanstalt Ansbach pro 1904. (Dir. Dr. *Herfeld*.)

Bestand am 1. Januar 1904: 394 (206 M. 188 Fr.), darunter mit Paralyse 16 (10 M. 6 Fr.). Zugang: 172 (91 M. 81 Fr.), davon wurden 19 (14 M. 5 Fr.) aus Erlangen überführt. Von den Neuaufgenommenen litten 7 (4 M. 3 Fr.) an Paralyse, 2 M. an Delirium, nicht geisteskrank waren 3 M. Von den an einfachen Seelenstörungen Leidenden waren 28,9% direkt, 30% indirekt

erblich belastet, von den an Paralyse Leidenden wurde direkte Belastung bei 33,3% der Frauen festgestellt, indirekte erbliche Belastung bei 50% der Männer und 33,3% der Frauen. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 10 M. und 1 Fr.). Abgang: 126 (75 M. 51 Fr.), genesen 31 (15 M. 16 Fr.), gebessert 35 (23 M. 12 Fr.), ungeheilt 16 (7 M. 9 Fr.), nicht geisteskrank 3 M., gestorben 41 (27 M. 14 Fr.), darunter an Tuberkulose 11 (7 M. 4 Fr.).

Auf jeder Geschlechtsseite sind jetzt acht Pavillons mit 254 bzw. 240 Betten in Benutzung. Lebhafter Wechsel unter dem Pflegepersonal, die rasche Beschaffung von Ersatz fiel nicht immer leicht. Gute Erfolge wurden mit Dauerbädern, feuchten Packungen und lokalen Kälteapplikationen erzielt. Im Bau ein Pavillon für 54 ruhige Männer und zwei Landhäuser für Pfleglinge höherer Verpflegungsklassen.

Bericht der Lokalirrenanstalt St. Getreu zu Bamberg pro 1902/04.

(Dir. Dr. *Lehmann*.)

Die Überfüllung der Anstalt wird dauernd schwer empfunden. Eine Verbesserung der Irrenpflege und -behandlung ist nur bei einer Erweiterung der Anstalt möglich.

Bestand am 1. Januar 1902: 90 (39 M. 51 Fr.). Zugang 86 (45 M. 41 Fr.). Abgang: 72 (40 M. 32 Fr.). Bestand am 1. Januar 1903: 104 (44 M. 60 Fr.). Zugang: 96 (59 M. 37 Fr.). Abgang: 99 (63 M. 36 Fr.). Bestand am 1. Januar 1904: 101 (40 M. 61 Fr.). Zugang: 76 (48 M. 28 Fr.). Abgang: 70 (43 M. 27 Fr.). Von den Neuaufgenommenen litten 6 an Paralyse, 58 an manisch-depressivem Irrsinn, 30 an Dementia praecox, 35 an Alkoholpsychosen. 1903 wurde bei 48 Kr., 1904 bei 46 Kr. genauere Nachforschung besonders mit Rücksicht auf die Krankheitsursache angestellt und dabei erbliche Belastung 15 bzw. 17mal. Alkoholmißbrauch 22 bzw. 23mal als ätiologisches Moment festgestellt.

Bericht der Kreisirrenanstalt Bayreuth pro 1904. (Dir. Med.-R.

Dr. *Kraussold*.)

Bestand am 1. Januar 1904: 679 (368 M. 311 Fr.); davon litten an Paralyse 34 (21 M. 13 Fr.), Delirium potatorum 5 (4 M. 1 Fr.). Zugang: 227 (131 M. 96 Fr.), darunter mit Paralyse 24 (15 M. 9 Fr.), Delirium potatorum 13 M. Erbliche Belastung bestand bei 106 (57 M. 49 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 27 M. Abgang: 207 (105 M. 102 Fr.), genesen 17 (6 M. 11 Fr.), gebessert 98 (57 M. 41 Fr.), ungebessert 27 (21 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank 3 M., gestorben 41 (18 M. 23 Fr.), davon 10 (8 M. 2 Fr.) an Paralyse, 7 (1 M. 6 Fr.) an Tuberkulose, 6 (3 M. 3 Fr.) an Dysenterie. Sondenfütterung war für kürzere Zeit bei 14 M. und 22 Fr., für längere Zeit bei 5 M. und 9 Fr. notwendig. Das schottische Wachsystem wurde eingeführt und hat sich bewährt.

Gesamtausgabe: 399811 M.

Bericht der Kreisirrenanstalt München pro 1904. (Dir. Dr. Vocke.)

Bestand am 1. Januar 1904: 762 (384 M. 278 Fr.), davon litten an Paralyse 104 (66 M. 38 Fr.), an Delirium potatorum 42 (39 M. 3 Fr.). Zugang: 357 (227 M. 130 Fr.), darunter mit Paralyse 85 (61 M. 24 Fr.), Delirium potatorum 36 (33 M. 3 Fr.). Erbliche Belastung war vorhanden bei 142 (84 M. 58 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 118 (99 M. 19 Fr.). Von den zur Begutachtung Eingewiesenen waren 12 (11 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank, 22 (18 M. 4 Fr.) geisteskrank. Abgang: 328 (207 M. 121 Fr.), genesen 24 (13 M. 11 Fr.), gebessert 72 (46 M. 26 Fr.), ungebessert 133 (87 M. 46 Fr.), gestorben 89 (51 M. 38 Fr.), davon an Tuberkulose 13 (4 M. 9 Fr.).

Die Umbauung der Anstalt von allen Seiten, die jahrelange Überfüllung, das Fehlen moderner Einrichtungen und ausreichender Arbeitsgelegenheit für die Kranken haben die Verhältnisse seit langem zu unerfreulichen gemacht. Die Einrichtung der neuen Anstalt München-Eglfing geht ihrer Vollendung entgegen. Dies der letzte Bericht der alten Münchener Anstalt, die, nach *v. Solbricks* Angaben 1857–59 erbaut, lange Zeit eine Musteranstalt war. Erweiterungen und Verbesserungen wurden ihr besonders unter *v. Guddens* Leitung 1875–77 zuteil.

Die Königliche Psychiatrische Klinik in München. I. Festrede zur Eröffnung der Klinik am 7. November 1904 von Prof. Dr. *Emil Kraepelin*. II. Baubeschreibung der Klinik von *Heilmann und Littmann*. Leipzig 1905. Verlag von J. A. Barth.

Nach einem kurzen Rückblick auf Entstehung und Entwicklung der psychiatrischen Klinik in München, nach Würdigung ihrer bisherigen Leiter, entwickelt *K.* in formvollendeter Weise die Zwecke, denen die Klinik dienen soll. Rader gibt eine knappe Übersicht über das großartige Rüstzeug, das für Krankendienst, Unterricht und wissenschaftliche Forschung, dank weiser Fürsorge der maßgebenden Behörden, zur Verfügung steht. Die Klinik, der auch die Rolle eines Stadtasyls für München zufällt, ist zunächst für 100 Betten eingerichtet. „Zellenlose Behandlung“ soll Grundsatz sein. Nahezu zwei Drittel der Kranken werden in Überwachungsabteilungen und die Mehrzahl von ihnen mit „Bettruhe“ behandelt werden. Zur Behandlung von Aufregungszuständen stehen reichliche Badegelegenheiten, für Dauerbäder allein 18 Wannen in fünf entsprechend eingerichteten Räumen zur Verfügung. Reichliches Pflegepersonal 1:5. Schwesternpflege (Orden der barmherzigen Schwestern) soll, soweit angängig, auch auf männliche Kranke ausgedehnt werden. Der Kern des Unterrichts soll die klinische Psychiatrie sein.

Die Baubeschreibung der Klinik gibt an der Hand verschiedener Abbildungen und Pläne einen kurzen Überblick über Grundriß und Aufbau, Einteilung und Einrichtung der Räume im Erd- und in den drei Obergeschossen, sowie über Wasserversorgung, Heizung, Lüftung und Beleuchtung. Die Klinik ist

an die städtische Wasserleitung, das städtische Kanalnetz und das städtische Elektrizitätswerk angeschlossen. Sie ist mit Niederdruckdampfheizung versehen, deren Heizkörper, glatte Radiatoren, durchweg auf Konsolen in den Fensternischen angebracht sind.

Zweiter Bericht aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von Professor *Rieger*. 1905. Verlagsdruckerei Würzburg.

Auf Grund von Urkunden des Juliusspitals in Würzburg, einer einzigartigen Tradition der Würzburger Psychiatrie, schildert Verf. die räumlichen Verhältnisse, unter denen die Geisteskranken in den ersten Jahrhunderten des Juliusspitals verpflegt worden sind. Danach ist es eine falsche Ansicht, daß man vor 300 Jahren mit Geisteskranken nichts anderes anzufangen gewußt habe, als sie einzusperren. Diejenigen Fälle, die der Isolierung nicht bedurften, befanden sich unter den übrigen Kranken des Spitals. Die der Isolierung Bedürftigen befanden sich im „Kerker der Wahnsinnigen“, im Gefängnis der Angefochtenen. Für sie war eine besondere Pflegerin, eine Pfründnerin mit fast moderner Instruktion bestellt. Entweichungen, selbst mit Ketten, waren nicht selten. Die Einsperrung kann daher keine allzu schlimme gewesen sein, es muß eher zu viel als zu wenig Freiheit geherrscht haben. Die vielen „Heilungen“ der Urkunden um 1600 sind ein Ausfluß des therapeutischen Optimismus der damaligen Zeit. Es erscheint wenigstens sehr unwahrscheinlich, daß diese „Heilungen“ in Wirklichkeit eine Rückkehr zur Norm gewesen sind. Bei der Betrachtung der in der ersten Zeit der Würzburger Psychiatrie angewandten Heilmittel kommt Verf. zu dem Schluß, daß im Jahre 1600 eine gewisse naiv-natürliche Gläubigkeit an die vis medicatrix naturae geherrscht hat, im Jahre 1800 dagegen ein wüster unnatürlicher Aberglauben an gräßliche Prozeduren. Das Jahr 1600 zeigt freundliche und anziehende, das Jahr 1800 häßliche und abstoßende Züge.

Festschrift zu der Feier des fünfzigjährigen Bestehens der unterfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Werneck (1855/1905). dargebracht von der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg.

„Werneck ist für die Würzburger Psychiatrie nicht erst seit 1855 als psychiatrisches Schwesterinstitut von Wichtigkeit geworden. Sondern schon im 18. Jahrhundert sind zufällig gerade aus dem „Lustschloß Werneck“ die wichtigsten Erlasse ergangen in bezug auf die Psychiatrie des Juliusspitals und des Fürstbistums überhaupt.“ Verschiedene dieser Erlasse und Reskripte werden besprochen und kritische Bemerkungen daran geknüpft. Die Schrift läßt alsdann eine Abhandlung über die Trunksucht und die „Suchten“ überhaupt folgen.

Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1903. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 1905.

Zu Beginn des Berichtsjahres befanden sich in 7 Anstalten 4382 (2034 M. 2348 Fr.), und zwar in Sonnenstein 531 (299 M. 232 Fr.), Untergöltzsch 450 (212 M. 238 Fr.), Zschadraß 440 (233 M. 207 Fr.), Großschweidnitz 323 (132 M. 191 Fr.), Hubertusburg 1357 (449 M. 908 Fr.), Colditz 597 (311 M. 286 Fr.) und in der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische Hochweitzschen 684 (398 M. 286 Fr.). Zugang 805 (417 M. 388 Fr.), und zwar in Sonnenstein 149 (85 M. 64 Fr.), Untergöltzsch 169 (91 M. 78 Fr.), Zschadraß 110 (46 M. 64 Fr.), Großschweidnitz 102 (47 M. 55 Fr.), Hubertusburg 150 (76 M. 74 Fr.), Colditz 33 (18 M. 15 Fr.), Hahweitzschen 92 (54 M. 38 Fr.). Die Altersunterschiede bei den in den Irrenanstalten aufgenommenen Männern und Frauen sind nicht erheblich, in den Altersklassen zwischen 50 und 70 Jahren überwiegen die Frauen; bei beiden Geschlechtern gehören die meisten Erkrankten dem Lebensalter zwischen 30 und 40 Jahren an. Bei 53,7 % der Neuaufgenommenen betrug die Krankheitsdauer vor der Aufnahme 3—12 Monate, 28,1 % war zuvor bis zu 3 Monate krank gewesen, 11,7 % bis zu 6 Monaten und 13,9 % bis zu 12 Monaten. Erheblich ungünstiger stellten sich diese Verhältnisse bei der Anstalt für Epileptische dar. Von den Irrenanstalten Zugeführten litten 97 M. (27,4 %) u. 18 Fr. (5,8 %) an Paralyse, hiervon hatten 35 M. (36 %) u. 4 Fr. (44,5 %) Syphilis durchgemacht. Alkoholmißbrauch war bei 61 M. (16,8 %) u. 4 Fr. (1,14 %) Krankheitsursache. Fleischvergiftung war 1 mal, Bleivergiftung 4 mal, elektrischer Schlag beim Telephondienst 1 mal Krankheitsursache. Gesamtabgang in den Irrenanstalten und der Anstalt für Epileptische 744 (389 M. 355 Fr.). Als genesen und wesentlich gebessert wurden aus den Irrenanstalten entlassen 246 (108 M. 138 Fr.). Gestorben 244 (133 M. 111 Fr.), davon 78 Kr. an Paralyse, 38 (13 M. 25 Fr.) an Tuberkulose, 15 an Krebs. Ein Selbstmord durch Erhängen auf dem an den Wachsaaal angrenzenden Abort. Der Pfleger wurde zu 4 Monaten Gefängnis verurteilt, diese Strafe jedoch auf dem Gnadenwege in Geldstrafe verwandelt. Geringer Wechsel unter dem Pflegepersonal. In Großschweidnitz wird besonders das weibliche Pflegepersonal gelobt, und angeregt, auch gewisse Abteilungen der männlichen Seite von Pflegerinnen besorgen zu lassen. In Untergöltzsch wird über die geringe Widerstandsfähigkeit der Pflegerinnen geklagt; in ihrem Dienst stark mitgenommen werden sie leicht reizbar und nervös und versagen dann rasch. Die Errichtung eines Erholungsheimes für Pflegerinnen wird angeregt. In Colditz war es nicht mehr möglich, unbescholtene und vorbestrafte Kranke voneinander zu trennen. Auch sonst machten diese Kranken häufig Schwierigkeiten. Die Einrichtung einer weiteren Pflegeanstalt zur Entlastung der Heilanstalten wird als notwendig bezeichnet. Die Behandlung der Kranken hat keine Änderung erfahren. Überall ist die Zahl der bettbehandelten Frauen größer als die der Männer, in Untergöltzsch ist der Unterschied besonders groß (25,4 % M. 43,3 % Fr.). Die Fortsetzung der Dauerbäder ist bei keiner Anstalt längere Zeit durchgeführt. Überein-

stimmend wird das Dauerbad als das beste Mittel bezeichnet, Druckbrand der Paralytiker zu verhindern, Überwachung unruhiger Kranker zu erleichtern, die Isolierung zu vermeiden und in vielen Fällen auch hochgradige Erregung herabzumindern. Beschäftigt wurden in Zschadraß gegen 65 %, in Untergöltzsch 55 % des durchschnittlichen Bestandes der Männer.

Die Irrenstation des Männerzuchthauses Waldheim begann das Berichtsjahr mit 176 Kr. Zugang 31, Abgang 26, Bestand 181. — Die Irrenbeobachtungsstation zu Dresden (120 Betten) hat 1079 (650 M. 429 Fr.) verpflegt bei einem durchschnittlichen Tagesbestand von 44 M. u. 44 Fr. Zugang 1003, darunter 123 erblich belastet und 306 mit Alkoholmißbrauch. Abgang 998, davon 54 durch Tod. Von den 1079 Verpflegten waren 250 Alkoholiker und 84 Nervenranke. In der Siechenabteilung (1200 Betten) wurden 1688 (797 M. 891 Fr.) verpflegt. Zugang 654 Kr., hiervon waren 106 erblich belastet, bei 163 war Alkoholmißbrauch Krankheitsursache. Abgang 663, davon 283 gestorben. In der Irren- und Siechenanstalt der Stadt Leipzig zu Dösen (972 Betten) Bestand 646 (336 M. 310 Fr.). Zugang 386 (244 M. 142 Fr.), davon 70 mit Paralyse, 28 mit Alkoholismus. Bei 25 % der Paralytiker war Lues nachweisbar. Erbliche Anlage war bei 27,6 % der Aufgenommenen nachweisbar (bei 40 % der Hysterischen, bei 6,2 % der Paralytiker). Abgang 256 (169 M. 87 Fr.), geheilt 26 (9 M. 17 Fr.), gebessert 69 (54 M. 15 Fr.), ungeheilt 51 (33 M. 18 Fr.), gestorben 110 (73 M. 37 Fr.). Von den Männern wurden täglich durchschnittlich 58 % und von den Frauen 57 % beschäftigt.

In der Irrenheilanstalt zu Leipzig-Thonberg (65 Betten) wurden 88 (46 M. 42 Fr.) verpflegt, 79 Geistesranke, 3 Alkoholiker, 6 Nervenranke.

In den 5 Privatanstalten Lindenhof, Tharandt, Möckern, Prödel und Elsterberg (240 Betten) wurden 494 (240 M. 254 Fr.) verpflegt. Zugang 323, davon 100 mit erblicher Belastung, bei 36 war Alkoholmißbrauch nachweisbar. Abgang 338, davon 18 infolge Ablebens.

Bericht der in Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geistesranke, Schwachsinnige und Epileptische. 1903.

Die Zunahme des gesamten Krankenstandes hat auch in diesem Jahre etwas über 100 Kranke betragen. Die Staatsirrenanstalten waren an der Grenze ihrer Aufnahmefähigkeit angekommen; die neue Heilanstalt Weinsberg war leider in Bau und Einrichtung noch nicht so weit gefördert, daß sie hätte entlastend eintreten können. Trotz andauernder Überbelegung ist die durchschnittliche Mortalität an Tuberkulose nicht gestiegen.

Bestand am Beginn des Berichtsjahres in den fünf Staatsanstalten 1952 (1045 M. 907 Fr.). Zugang 493 (284 M. 209 Fr.), und zwar in Winnental 162 (82 M. 70 Fr.), in Schussenried 131 (86 M. 45 Fr.), in Zwiefalten 89 (46 M. 43 Fr.), in Weißenau 82 (45 M. 37 Fr.), in Weinsberg 29 (15 M. 14 Fr.). Unter 268 erstmalig oder nach erfolgter Genesung rückfällig auf-

genommenen Kranken waren = 48,1⁰/₀ erblich belastet; bei 5,6⁰/₀ war Alkoholismus, bei 1,5⁰/₀ Lues als Krankheitsursache nachzuweisen. 4,7⁰/₀ aller Aufnahmen litt an Paralyse, 17⁰/₀ gehörten der Dementia praecox-Gruppe an. Die Zahl der an depressivem, periodischem, zirkulärem Irresein Erkrankten ist gestiegen, ebenso die Zahl der Intoxikationspsychosen alkoholischer Natur. Von den an Paralyse Erkrankten waren 78⁰/₀ M. und 22⁰/₀ Fr. 17,6⁰/₀ der erstmalig aufgenommenen Kranken waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen, 10,1⁰/₀ vor und 7,5⁰/₀ nach der Erkrankung. 662 Aufnahmeanträge mußten Platzmangels wegen abgelehnt werden. Abgang 435 Kr. = 17,8⁰/₀ aller Verpflegten, und zwar wurden 12,6⁰/₀ geheilt. 39,8⁰/₀ gebessert (52,4⁰/₀ geheilt und gebessert), 26⁰/₀ ungeheilt entlassen: es starben 21,6⁰/₀, davon 20,2⁰/₀ an Tuberkulose. In Schussenried betrug die Zahl der Todesfälle an Tuberkulose 37,5⁰/₀ der Gesamtmortalität, in Weißenau 15⁰/₀, in Zwielfalten 15,7⁰/₀ und in Winnental 11,1⁰/₀. Von den Geheilten waren 25⁰/₀ erblich belastet. Im ersten Monate nach der Aufnahme genasen 43,7⁰/₀ der Erkrankten, im zweiten bis dritten Monat 29,2⁰/₀, im vierten bis sechsten Monat 10,4⁰/₀, im siebenten bis zwölften Monat 4,2⁰/₀, nach einem Jahr 12,5⁰/₀. Die familiäre Verpflegung hat in Winnental durch die Unterbringung weiblicher Kranken in Familienpflege Fortschritte gemacht und sich in Zwielfalten und Weißenau auf der bisherigen Höhe erhalten. Von der Bettbehandlung mit Überwachung, Bädern von verschieden langer Dauer und Beschäftigung wurde in allen Anstalten ausgiebiger Gebrauch gemacht. Dadurch konnte die Anwendung von Narkoticis und Hypnoticis wesentlich eingeschränkt werden; Isolierungen waren nur selten notwendig. In Weißenau wurde mit der Blutserumbehandlung der Epileptiker begonnen. Der Alkoholabstinenz wurde überall besondere Aufmerksamkeit zugewandt. In Zwielfalten wurde auf der Kolonie Loretto an geeigneter Stelle eine Döckersche Baracke mit Liegehalle aufgestellt und darin versuchsweise eine Lungenheilstätte eingerichtet. Die Einrichtung hat sich auch im Winter bewährt.

In den Privatanstalten betrug der Bestand am Anfang des Berichtsjahres 1084 Kr., darunter 653 Staatspfleglinge, am Schlusse des Berichtsjahres 1168 Kr., darunter 707 Staatspfleglinge. 54,2⁰/₀ aller Verpflegten waren Staatspfleglinge. Der Zugang im Laufe des Jahres betrug 357 Kr., der Abgang 273 Kr. 4⁰/₀ der Aufnahmen litt an Paralyse, 5,5⁰/₀ an alkoholischen Intoxikationspsychosen. Die Zahl der Todesfälle betrug 21⁰/₀ der Entlassenen oder 4⁰/₀ aller Verpflegten gegen 3,8⁰/₀ in den Staatsanstalten. An Tuberkulose starben 22⁰/₀ aller Todesfälle. In Pfullingen kamen 15 Typhuserkrankungen zur Beobachtung, wovon 7 tödlich verliefen. In Neuenburg endete eine Kranke durch Selbstmord.

Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen pro 1904. (Dir. Geh. Med.-Rat Dr. Haardt.)

Bestand am Anfang des Berichtsjahres 1348 Kr. (703 M. 645 Fr.). Zugang 336 Kr. (179 M. 157 Fr.). Abgang 214 Kr. (118 M. 96 Fr.), davon ge-

starben 76 Kr. (35 M. 41 Fr.), genesen 0, gebessert 133. An Tuberkulose starben 16 Kr. Vom Typhus wurden 6 Kr. befallen, einer starb daran. An Krebs starben 2, an innerer Verblutung ebenfalls 2 Kr., davon der eine an Magendarmblutung, der andere infolge eines Aneurysma der Aorta ascendens. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 220 Kr. (181 M. 39 Fr.) des Bestandes. 19 Entweichungen (12 M. 7 Fr.). Eine Anzahl schwerer Selbstmordversuche wurden, mit einer Ausnahme, rechtzeitig entdeckt und vereitelt, dieser eine Fall betraf einen Epileptiker, der sich auf dem Abort seiner Abteilung erhängte. 31,7% aller Kranken wurde in der allgemein üblichen Weise regelmäßig beschäftigt.

Infolge der großen Überfüllung (normale Belegzahl 950 Kr.) mußten neue Betten selbst auf den Korridoren und in einzelnen Tagesräumen aufgestellt werden. Rückkehr zum normalen Bestand wird erst nach Eröffnung der neuen Anstalt bei Wiesloch erwartet. Die Wasserversorgung machte infolge anhaltender Dürre Schwierigkeiten, sie muß notwendig verbessert werden. Die Anstellung eines Musiklehrers hat sich sehr bewährt. An den Anstaltsfesten können leider nicht alle dazu geeigneten Kranken teilnehmen, denn der an sich schöne Gesellschaftsraum ist zu klein. In Familienpflege befanden sich im Anfang des Jahres 13 Kr. (3 M. 10 Fr.), am Schlusse 11 Kr. (2 M. 9 Fr.). Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag einschließlich der Kostzulagen für arbeitende Kranke 65,78 Pf.

Jahresbericht der psychiatrischen Klinik Freiburg i. B. 1904. (Prof. Dr. Hoche.)

Bestand am Beginn des Jahres 138 Kr. (65 M. 73 Fr.). Zugang 431 Kr. (256 M. 175 Fr.). Abgang 403 Kr. (228 M. 175 Fr.), davon gestorben 30, geheilt 27, gebessert entlassen 138 Kr. Bestand am Ende des Jahres 166 Kr. (93 M. 73 Fr.). Dauernde Überfüllung besonders auf der Männerabteilung. 17 forensische Fälle wurden aufgenommen, 15 strafrechtlicher Art, 2 im Entmündigungsverfahren zur Beobachtung. Bei vier Fällen bestand verminderte Zurechnungsfähigkeit, einmal wurde Simulation festgestellt, bei acht Fällen wurde § 51 als nicht zutreffend angenommen. Die Dauerbäder haben sich bewährt. Die poliklinische Sprechstunde für Gemütskrankheiten und nervöse Störungen hatte 150 Zugänge, eine besondere Abteilung für Nervenkranken wurde „außerhalb des klinischen Terrains und außerhalb des Irrengesetzes“ eingerichtet.

Gesamtausgaben: 176 363,65 M.

Jahresbericht der Universitäts-Irrenklinik Heidelberg 1904. (Prof. Dr. Nissl.)

Bestand am Beginn des Jahres 128 Kr. (68 M. 60 Fr.). Zugang 549 Kr. (338 M. 211 Fr.). Abgang 525 Kr. (324 M. 201 Fr.), davon gestorben 38 Kr. (23 M. 15 Fr.), geheilt 53 Kr., gebessert 196 Kr. Bestand am Ende des

Jahres 152 Kr. (82 M. 70 Fr.). Dauernde Überfüllung aller Abteilungen. Drei Selbstmordversuche (zwei von an Dementia praecox leidenden Kranken) wurden rechtzeitig bemerkt und verhindert. Zwei normal verlaufene Geburten. Mehrere Kranken litten an Lungentuberkulose, eine Kranke starb an Lungenschwindsucht. Von den Aufgenommenen litten an Alkoholismus 24, an Paralyse 44, an manisch-depressivem Irresein 64, an Epilepsie 42; der Dementia praecox-Gruppe gehörten 223 Fälle an. Sechs Entweichungen kamen vor. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes wurden 23 M. und 2 Fr. aufgenommen; mit einer Ausnahme schloß sich das Gericht den von der Klinik abgegebenen Gutachten an.

Die noch vorhandenen Aborte älteren Systems wurden in Wasserklosetts umgebaut.

Gesamtausgabe: 163 157,48 M.

Am 1. Oktober 1903 schied Prof. Dr. *Kraepelin* aus seiner Stellung als Leiter der Klinik. Vom 1. April bis 30. September 1904 unterstand dieselbe Prof. Dr. *Bonhöffer*, an dessen Stelle am 1. Oktober 1904 Prof. *Nissl* trat.

Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Illenau 1904. (Dir. Geh. Rat Dr. *Schüle*.)

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 572 Kr. (265 M. 307 Fr.). Zugang 510 Kr. (232 M. 278 Fr.), davon waren 307 Kr. erblich belastet. Abgang 452 Kr. (205 M. 247 Fr.), hiervon gestorben 64 Kr. (31 M. 33 Fr.), geheilt 77, gebessert 234 Kr. Von den Aufnahmen litten 41 Kr. (32 M. 9 Fr.) an Paralyse, 39 Kr. (32 M. 7 Fr.) an Alkoholismus; bei 103 Kr. (84 M. 19 Fr.) war Alkoholmißbrauch nachzuweisen. Zur Beobachtung wurden elf kriminelle Fälle (7 M. 4 Fr.) überwiesen, davon waren sieben geisteskrank. Eine an zirkulärem Irresein leidende Kranke erhängte sich im Beginn der Depression. Eine junge Wärterin, die, wie nachträglich konstatiert, von Kindheit auf abnorm war und an leichten Verstimmungen litt, nahm nach einem Wortwechsel mit einer Kranken Morphiumlösung und Opiumtinktur; alle Wiederbelebungsversuche blieben erfolglos. Acht Typhusfälle, von denen zwei tödlich verliefen; die Infektion hatte wahrscheinlich durch das Leitungswasser stattgefunden. An Tuberkulose verstarben 9 Kr., an Krebs 4 Kr. Entwichen sind 8 M. und 4 Fr. Kohlensäurebäder wurden bei Neurasthenikern und Depressionszuständen mit gestörter Herzaktion erfolgreich angewandt. Isopral hatte keine günstigen Wirkungen. Die Hydrotherapie konnte auf den unruhigen Abteilungen wegen der geringen Zahl der Wannen nicht in der wünschenswerten Weise durchgeführt werden. Der ständig wachsende Krankenbestand machte auf der Frauenabteilung die Aufstellung weiterer Betten notwendig und ließ den Mangel besonderer Wachabteilungen für Ruhige und Halbruhige nur fühlbarer werden. Die entsprechenden neuen Wachabteilungen für Männer wurden in Benutzung genommen und haben sich bewährt. Beschäftigt wurden 23,9% Männer und 26,6% Frauen.

Gesamtausgabe: 790 200,83 M.

Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim 1904. (Dir. Geh. Rat Dr. *Fischer*.)

Bestand am Beginn des Jahres 648 Kr. (324 M. 324 Fr.). Zugang 49 Kr. (22 M. 27 Fr.). Abgang 61 Kr. (32 M. 29 Fr.), davon gestorben 37 Kr. (15 M. 22 Fr.), geheilt 2 Kr., gebessert entlassen 10 Kr. 20 der Aufgenommenen waren erblich belastet, 6 litten an Paralyse. Vom Gesamtbestande litten 44 Kr. (29 M. 15 Fr.) an Paralyse. Ein Typhusfall. Zahlreiche Erkrankungen an Tuberkulose, woran 15 Kr. (4 M. 11 Fr.) starben. Bei der großen Überfüllung und der ungeeigneten Anlage der Anstalt war eine wirksame Trennung von unruhigen und ruhigen, reinlichen und unreinlichen Kranken, sowie die Absonderung der Tuberkulösen unmöglich. Die Isolierräume waren fast regelmäßig belegt. Freie und familiäre Verpflegung war bei dem vorhandenen Krankenmaterial nicht angängig, auch die allgemein übliche Arbeitstherapie konnte dabei kaum angewandt werden. Entmündigt wurden 10 Kr. (4 M. 6 Fr.) wegen Geisteskrankheit.

Gesamtausgabe: 317414,68 M.

Bericht der Irren-Heil- und Pflegeanstalt Sachsenberg bei Schwerin i. M. pro 1904. (Dir. Med.-R. Dr. *Matusch*.)

Bestand am 1. Januar 1904 552 Kr. (287 M. 265 Fr.), davon litten 9 Kr. (6 M. 3 Fr.) an Paralyse. Zugang 132 Kr. (77 M. 55 Fr.), darunter mit Paralyse 8 M. Abgang 135 Kr. (83 M. 52 Fr.), genesen 19 Kr. (15 M. 4 Fr.), gebessert 40 Kr. (25 M. 15 Fr.), ungeheilt 27 Kr. (14 M. 13 Fr.), gestorben 47 (27 M. 20 Fr.), nicht geisteskrank 2 M. Von den Neuaufgenommenen waren 45 (22 M. 23 Fr.) erblich belastet. Es starben an Tuberkulose 7 Kr. (5 M. 2 Fr.), an Krebs 1 Fr., durch Selbstmord 1 Fr. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 8 Kr. (7 M. 1 Fr.), davon waren 2 nicht geisteskrank. Ausgabe 384437 M. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag durchschnittlich 0,84 M., für einen Kranken der III. Verpflegungsklasse 0,57 M.

Bericht der Irren-Heil- und Pflegeanstalt Gehlsheim bei Rostock i. M. pro 1904. (Dir. Geh. R. Dr. *Schuchardt*.)

Bestand am 1. Januar 1904 290 Kr. (151 M. 139 Fr.); davon litten an Paralyse 10 Kr. (9 M. 1 Fr.). Zugang 270 Kr. (146 M. 124 Fr.), darunter mit Paralyse 21 Kr. (20 M. 1 Fr.), mit Delirium 1 Kr. Erblich belastet 72 Kr. (37 M. 35 Fr.). Abgang 278 Kr. (140 M. 138 Fr.); genesen 47 Kr. (25 M. 22 Fr.), gebessert 44 (20 M. 24 Fr.), ungeheilt 87 (52 M. 35 Fr.), nicht geisteskrank 34 (13 M. 21 Fr.), gestorben 68 (32 M. 36 Fr.), davon 5 Kr. (1 M. 4 Fr.) an Tuberkulose. Zur Beobachtung auf ihren Geisteszustand kamen 3 M., davon war 1 M. nicht geisteskrank. Zur Begutachtung nach Unfall wurden 11 M. aufgenommen.

Ausgabe 238447 M.

Bericht des Genesungshauses zu Roda pro 1904. (Dir. Dr. *Schaefer*.)

Zahl der Betten 373: 21 für I. und 352 für II. und III. Klasse. Bestand am 1. Januar 1904 373 (191 M. 182 Fr.), darunter mit Paralyse 15 (10 M. 5 Fr.), mit Alkoholismus 1. Zugang 141 (70 M. 71 Fr.), davon litten an Paralyse 12 (9 M. 3 Fr.), an Alkoholismus 5 M. Erblich belastet 68 (35 M. 33 Fr.). Alkoholmißbrauch nachweisbar bei 20 (18 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung seines Geisteszustandes kam 1 M. Abgang 144 (69 M. 75 Fr.), davon gestorben 39 (19 M. 20 Fr.). An Tuberkulose starben 3 (2 M. 1 Fr.), an Paralyse 9 (7 M. 2 Fr.), an Herzruptur 1 Fr., durch Suicid 1 M. In der Heilanstalt für körperliche Kranke Bestand 20, Gesamtzahl der Verpflegten 255.

Bericht der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg 1904. (Dir. Dr. *Reye*.)

Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 1453 Kr. (704 M. 749 Fr.). Zugang 825 Kr. (457 M. 368 Fr.). Abgang 783 Kr. (441 M. 342 Fr.), und zwar geheilt 84 Kr. (33 M. 51 Fr.), gebessert 269 Kr. (172 M. 97 Fr.), ungebessert 149 Kr. (87 M. 62 Fr.), gestorben 204 Kr. (110 M. 94 Fr.), versetzt nach Langenhorn 77 Kr. (39 M. 38 Fr.), verbleiben 1495 Kr. (720 M. 775 Fr.). Bei 468 Kr. (187 M. 281 Fr.) des Bestandes war erbliche Belastung nachzuweisen. 106 Kr. (97 M. 9 Fr.) litten an Trunksucht, 109 Kr. (90 M. 19 Fr.) an Paralyse. Von den Aufnahmen waren 128 Kr. (105 M. 23 Fr.) paralytisch und 127 Kr. (65 M. 62 Fr.) erblich belastet. Heilung erfolgte bei 20 Kr. in 1 Monat, bei 26 Kr. in $\frac{1}{4}$ Jahr, bei 20 in $\frac{1}{2}$ Jahr, bei 16 Kr. in 1 Jahr, bei je 1 Kr. in 2 und 4 Jahren. Bestand an Ärzten und Beamten 38, an Schwestern 25, an Wartepersonal 197 (109 M. 88 Fr.), an Dienstboten 63 (31 M. 32 Fr.); in toto Angestellte 323 (175 M. 148 Fr.).

Totalausgabe pro Kopf und Tag für 1 Kr. 2,13 M.

Bericht der Irrenanstalt Langenhorn.

Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 544 Kr. (323 M. 221 Fr.). Zugang 77 Kr. (39 M. 38 Fr.). Abgang 37 Kr. (27 M. 10 Fr.). verbleiben 584 Kr., davon 5 M. beurlaubt.

Totalausgabe pro Kopf und Tag für 1 Kr. 2,01 M.

Bericht des St. Jürgen-Asyls in Ellen (Bremen) 1904. (Dir. Dr. *Delbrück*.)

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 390 Kr. (198 M. 192 Fr.). Zugang 321 Kr. (196 M. 125 Fr.); hiervon litten 34 Kr. (25 M. 9 Fr.) an Paralyse und 45 Kr. (40 M. 5 Fr.) an Alkoholismus. Abgang 265 Kr. (165 M. 100 Fr.); 61 Kr. (38 M. 23 Fr.) wurden geheilt, 87 Kr. (51 M. 36 Fr.) gebessert.

60 Kr. (39 M. 21 Fr.) ungeheilt entlassen; 57 Kr. (37 M. 20 Fr.) starben, davon 12 Kr. (7 M. und 5 Fr.) an Phthise. Im Berichtsjahre wurde die neue Anstalt in Ellen bezogen, deren Bau 1900 begonnen wurde. Sie ist viel zu klein und bereits überfüllt, aus der alten Anstalt wurden deshalb die dort aufgestellt gewesenen *Dückerschen* Baracken mitgenommen. Schleunige Fortsetzung des Baues ist dringendes Bedürfnis. Eine Änderung der Enteisungsanlage beim Wasserwerk, sowie Verbesserungen der Zentralheizungsanlage sind notwendig geworden, sonst hat sich die neue Anlage bewährt.

Bericht der Privat-Heil- und Pflegeanstalt Rockwinkel (Stat. Oberneuland) bei Bremen pro 1904. (Dr. Hermann Engelken.)

Bestand am 1. Januar 1904 16 Kr. (5 M. 11 Fr.). Zugang 14 Kr. (7 M. 7 Fr.), 13 Kr. (6 M. 7 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 1 M. mit Paralyse. Abgang 16 Kr. (4 M. 12 Fr.); geheilt 2 Fr., gebessert 6 Kr. (2 M. 4 Fr.), ungeheilt 5 Kr. (1 M. 4 Fr.), gestorben 3 (1 M. 2 Fr.), davon 1 Frau durch Selbstmord. Hereditäre Belastung war nachweisbar bei 16 Kr. des Bestandes (5 M. 11 Fr.). Am 31. Dezember 1904 verblieben 14 Kr. (8 M. 6 Fr.). 2 Fr. in familiärer Pflege im Ort unter Verantwortung der Anstalt.

Bericht über die Irrenanstalt zu Lübeck 1. April 1899 bis 31. März 1904. (Dir. Dr. Wattenberg.)

Bestand am 1. April 1899: 142 Kr. (76 M. 66 Fr.).

1899	Zugang	60 Kr. (28 M. 32 Fr.).	Abgang	58 Kr. (26 M. 32 Fr.).
1900	"	50 " (30 " 20 ").	"	39 " (20 " 19 ").
1901	"	68 " (33 " 35 ").	"	47 " (29 " 18 ").
1902	"	65 " (28 " 37 ").	"	65 " (33 " 32 ").
1903	"	86 " (47 " 39 ").	"	72 " (33 " 38 ").

Bestand am 31. März 1904: 191 Kr. (101 M. 90 Fr.).

Geheilt	entlassen wurden	71 Kr. (41 M. 30 Fr.) = 25,35 %.
Gebessert	"	69 " (30 " 39 ") = 24,65 %.
Ungeheilt	"	64 " (34 " 30 ") = 22,86 %.
Gestorben sind		73 " (34 " 39 ") = 26,07 %.

38 % der Heilungen erfolgte nach 1—3 Monaten, 28 % nach 4—6 Monaten, 14,08 % nach 7—9 Monaten, 19,72 % nach 1 Jahr und länger. Vom Bestand am 1. April 1899 waren 49,3 % erblich belastet, von den Neuaufnahmen 56,23 %, 11,85 % der letzteren litt an Paralyse. 1903 wurde durch eine Kranke Typhus eingeschleppt, im Anschluß daran erkrankten 3 Kr. und 2 Pflegerinnen an Typhus, sämtliche Fälle verliefen gutartig. Schwer empfunden wurde hierbei der Mangel einer Infektionsabteilung. Dauerbäder, die seit 1902 auch des Nachts verabfolgt werden, und hydropathische Packungen machten Isolierungen überflüssig und verringerten den Gebrauch der Schlafmittel außerordentlich. Ein Selbstmord bei einem alleinwohnenden Paranoiker,

der niemals selbstmörderische Absichten verraten hatte. Großer Wechsel unter den Wärtern (95 0/0). Für verheiratete Wärter sind bisher keine Stellen vorgesehen. Je zwei Oberpfleger und -pflegerinnen.

Löhne der Wärter im 1. Dienstjahr 360 M., im 7. Dienstjahr 800 M.

„ „ Wärterinnen „ 1. „ 300 „ „ 6. „ 600 M.

Der Bau einer neuen Staatsirrenanstalt als Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke aller Bevölkerungsklassen ist von der Bürgerschaft beschlossen worden.

Bericht der Bezirks-Irrenanstalt Stephansfeld-Hördt pro 1904/05. (Direktor Dr. Ransohoff.)

Bestand am Beginn des Berichtsjahres 1513 Kr. (747 M. 766 Fr.); hiervon litten 78 (42 M. 36 Fr.) an Paralyse, 40 (39 M. 1 Fr.) an Alkoholismus. Zugang 393 Kr. (197 M. 196 Fr.), darunter 33 (25 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 26 Kr. (23 M. 3 Fr.) an Alkoholismus. 318 Kr. (165 M. 153 Fr.) wurden zum erstenmal aufgenommen. Aus anderen Anstalten kamen 117 Kr., aus der psychiatrischen Klinik in Straßburg i. E. allein 85 Kr. (37 M. 48 Fr.). Erbliche Belastung fand sich bei 68 M. (35,4 0/0) und 73 Fr. (37,2 0/0), bei paralytischen Männern in 12 0/0, bei paralytischen Frauen in 25 0/0. Von 209 erstmalig aufgenommenen Katholiken waren 32,1 0/0, von 97 Protestanten 36,1 0/0, von 11 Juden 57,5 0/0 erblich belastet. Alkoholmißbrauch war nachgewiesen bei 47 M. und 6 Fr. Von den 25 paralytischen Männern waren 12 (= 48 0/0), von den 8 Frauen nur 1 luetisch infiziert. Mit dem Strafgesetz waren 44 Kr. (41 M. 3 Fr.) in Konflikt geraten. Abgang 435 Kr. (241 M. 194 Fr.): genesen 79 (38 M. 41 Fr.), gebessert 75 Kr. (39 M. 36 Fr.), ungeheilt 71 Kr. (42 M. 29 Fr.), gestorben 194 (107 M. 87 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 13 Kr., davon 2 zur Begutachtung im Entmündigungsverfahren. Die hohe Sterblichkeit (10,4 0/0 aller Verpflegten) war bedingt durch den ungünstigen Gesundheitszustand in Hördt; in Stephansfeld starben 5,6 0/0 der Verpflegten. In Hördt kamen vom Januar ab 17 Typhusfälle vor; es starben 3 M. 2 Fr. Die Quelle der Infektion wurde nicht entdeckt. An ulceröser Dickdarmerkrankung starben in Hördt 12 Kr., an Tuberkulose 35 Kr. Ein 75jähriger Melancholiker erhängte sich kurz nach Rückkehr von längerem Urlaub. Nachruf für den an den Folgen einer ihm von einem Geisteskranken beigebrachten Verletzung verstorbenen Direktor S.-R. Dr. Vorster. Ein neu erbauter Pavillon für unruhige Frauen wurde in Benutzung genommen.

Gesamtausgabe: 725 731 M.

Bericht der Bezirks-Irrenanstalt bei Saargemünd pro 1904. (Direktor Geh. San.-R. Dr. Dittmar.)

Bestand am 1. Januar 1904: 602 Kr. (284 M. 318 Fr.); davon litten an Paralyse 48 Kr. (29 M. 19 Fr.), an alkoholischer Seelenstörung 5 Kr. (3 M.

2 Fr.). Zugang 205 Kr. (132 M. 73 Fr.), darunter mit Paralyse 31 Kr. (17 M. 14 Fr.), mit Alkoholismus 4 (3 M. 1 Fr.). Bei 45 Kr. (40 M. 5 Fr.) war Alkoholismus Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren 34 Kr. (31 M. 3 Fr.), bestraft 30 Kr. (28 M. 2 Fr.), davon wohl schon 12 M. geisteskrank. Abgang 208 Kr.; geheilt 27, gebessert 79, ungeheilt 44, gestorben 58. 34,48% starben an Lungenentzündung, 8,62% an Lungenschwindsucht. 3 Fr. starben an Ruhr, 2 Fr. an Typhus. 14 Fälle von Gesichtrose, 12 Fälle von Influenza. Zwei Selbstmorde. Bettbehandlung durchschnittlich bei 16,08%. Beschäftigt wurden durchschnittlich 50,6% aller Kranken.

Ausgabe: 343471 M.

Bericht der oberösterreichischen Landesirrenanstalt Niedernhart pro 1904. (Dir. Dr. Schnopfhausen.)

Bettenzahl 650. Gesamtausgabe 433009 K., pro Kopf und Tag 1 K. 64 h; Beköstigung pro Kopf und Tag 85,39 h. Bestand 600 (284 M. 316 Fr.), darunter mit Paralyse 46 (24 M. 22 Fr.), mit Alkoholismus 20 (19 M. 1 Fr.). Zugang 323 (167 M. 156 Fr.), davon 48 (40 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 18 (14 M. 4 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 262 (134 M. 128 Fr.), geheilt 56 (22 M. 34 Fr.), in andere Anstalten 20 (12 M. 8 Fr.), sonstiger 118 (58 M. 60 Fr.), gestorben 68 (42 M. 26 Fr.), an Paralyse 31 (24 M. 7 Fr.), an Tuberkulose 10 (5 M. 5 Fr.), an Krebs 1 Fr. Der neuerbaute, zwei Stockwerk hohe Frauenpavillon wurde bezogen.

Bericht des Landesausschusses des Erzherzogtums Österreich u. d.

Ens. Wohlfahrtsangelegenheiten. 1. Juli 1903 bis 30. Juni 1904. Landesirrenanstalt Wien. (Dir. Dr. Tilkowsky.)

Bestand am 1. Januar 1903: 955 (507 M. 448 Fr.), darunter 205 (152 M. 53 Fr.) mit Paralyse, 27 (26 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 1551 (893 M. 658 Fr.); 356 (273 M. 83 Fr.) mit Paralyse, 173 (156 M. 17 Fr.) mit Alkoholismus. 189 (64 M. 125 Fr.) der Aufgenommenen waren erblich belastet; bei 240 (215 M. 25 Fr.) war Alkoholmißbrauch, bei 269 (237 M. 32 Fr.) war Syphilis Krankheitsursache. 26 (19 M. 7 Fr.) kamen aus der Straf- oder Untersuchungshaft. Direkte Aufnahmen 872 (563 M. 309 Fr.), aus der Klinik 635 (302 M. 333 Fr.), aus anderen Anstalten 44 (28 M. 16 Fr.). Abgang 1390 (805 M. 585 Fr.); geheilt 227 (140 M. 87 Fr.), versetzt in andere Anstalten 612 (354 M. 258 Fr.), in häusliche Pflege 168 (62 M. 106 Fr.), gegen Revers 162 (95 M. 67 Fr.), gestorben 219 (152 M. 67 Fr.), entwichen 2 M. An Tuberkulose starben 15 Kr. 16 Fälle von Erysipel. Mechanische Zwangsmittel aus chirurgischen Gründen bei 21 Kr.: 13mal Zwangsjacke, 8mal Schutzhandschuhe.

Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling. (Dir. Dr. *Starlinger*.)

Bestand am 1. Januar 1903: 985 (525 M. 460 Fr.), davon Kolonisten 357 (188 M. 169 Fr.), mit Paralyse 19 (14 M. 5 Fr.), mit Alkoholismus 10 M. Zugang in der Heilanstalt 402 (190 M. 212 Fr.), darunter 44 (30 M. 14 Fr.) mit Paralyse, 18 M. mit Alkoholismus. Zugang in der Kolonie 171 (92 M. 79 Fr.). 81 (26 M. 55 Fr.) der Neu aufgenommenen waren erblich belastet; bei 28 (25 M. 3 Fr.) war Lues, bei 46 (43 M. 3 Fr.) war Alkoholismus Krankheitsursache. Aus der Straf- oder Untersuchungshaft kamen 4 M. Abgang: geheilt 74 (45 M. 29 Fr.), in eine andere Anstalt 72 (30 M. 42 Fr.), in häusliche Pflege 29 (18 M. 11 Fr.), gegen Revers 40 (17 M. 23 Fr.), gestorben 64 (31 M. 33 Fr.), entwichen 12 M., aus der Heilanstalt in die Kolonie 40 (16 M. 24 Fr.). Erysipel kam 17mal, Typhus 1mal, Skorbut 3mal zur Behandlung, ebenso traten plötzlich und unaufgeklärt mehrfach Massendiarrhöen auf. An Tuberkulose starben 12 Kr. Schutzjacke 8mal aus chirurgischen Gründen. Gitterbett bei unruhigen Siechen und bei zu impulsiven Handlungen neigenden Kranken. Die Abstinenz lebt sich mehr und mehr ein. Der gerichtlichen Kommission wurden an 33 Tagen 254 Kr. vorgestellt; geheilt erklärt wurden 13 M. 3 Fr.

Landes-Pflegeanstalt Ybbs unter Oberleitung von Mauer-Öhling.

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 579 (293 M. 286 Fr.), davon 285 (141 M. 144 Fr.) geisteskranke Sieche. Zugang 131 (62 M. 69 Fr.), und zwar direkter 23 (12 M. 11 Fr.), darunter 3 M. mit Paralyse, 1 M. mit Alkoholismus, der Rest aus anderen Anstalten. Abgang 60 (37 M. 23 Fr.) Geisteskranken und 60 (30 M. 30 Fr.) geisteskranken Sieche, davon geheilt entlassen 4 (2 M. 2 Fr.), gestorben 72 (38 M. 34 Fr.). 15 Erkrankungen an Lungentuberkulose (4 M. 11 Fr.). Die hohe Mortalität erklärt sich aus der überaus großen Zahl marastischer, unreiner Kranken. Obwohl fast alle harmlosen, beschäftigungsfähigen Kranken in andere Anstalten versetzt sind, gelang es dennoch eine geringe Anzahl halbwegs arbeitsfähiger Pfleglinge herauszufinden. 37 M. und 30 Fr. wurden auf ihren Geisteszustand untersucht und begutachtet.

Landes-Irrenanstalt Klosterneuburg. (Dir. Dr. *Weiß*.)

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 588 (340 M. 248 Fr.), darunter 71 (58 M. 13 Fr.) mit Paralyse, 20 M. mit Alkoholismus. Zugang 365 (208 M. 157 Fr.), und zwar direkt aus der Familie 254 (144 M. 110 Fr.), durch Transport 111 (64 M. 47 Fr.); 69 (52 M. 17 Fr.) mit Paralyse, 46 (43 M. 3 Fr.) mit Alkoholismus, Syphilis war bei 38 (33 M. 5 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 69 (64 M. 5 Fr.) Krankheitsursache. Abgang 313 (184 M. 129 Fr.), geheilt

53 (40 M. 13 Fr.), in andere Anstalten 77 (38 M. 39 Fr.), gestorben 84 (49 M. 35 Fr.), sonstiger Abgang 99 (57 M. 42 Fr.). 20 Todesfälle durch Tuberkulose. Bei dem Fehlen eines dauernd benutzbaren Isolierpavillons war eine entsprechende Isolierung der Tuberkulösen vielfach schwierig. Zwei Typhus- und zwei Erysipelerkrankungen auf verschiedenen Abteilungen ohne nachweisbare Ursache. Durch Bettbehandlung in den Wachsälen und prolongierte Bäder ist die Unreinlichkeit der Kranken nahezu geschwunden und die Anwendung von Beschränkungen überflüssig geworden.

Bei 17 gerichtsärztlichen Kommissionen wurden 238 Kr. untersucht und begutachtet.

Landes-Irrenanstalt Kierling-Gugging. (Dir. Dr. Schlöb.)

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 757 (365 M. 392 Fr.), darunter 79 (55 M. 24 Fr.) mit Paralyse, 32 (31 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 399 (225 M. 174 Fr.), und zwar direkt 126 (70 M. 56 Fr.), aus anderen Anstalten 273 (155 M. 118 Fr.); hierunter 68 (46 M. 22 Fr.) mit Paralyse, 45 (42 M. 3 Fr.) mit Alkoholismus. Von den Neuaufgenommenen waren 47 (5 M. 42 Fr.) erheblich belastet, bei 24 (21 M. 3 Fr.) war Lues, bei 68 (58 M. 10 Fr.) Alkoholismus Krankheitsursache. Abgang 295 (155 M. 140 Fr.), geheilt 69 (45 M. 24 Fr.), in häusliche Pflege 10 (2 M. 8 Fr.), gegen Revers 53 (17 M. 36 Fr.), in andere Anstalten 88 (50 M. 38 Fr.), entwichen 2 M., gestorben 72 (38 M. 34 Fr.). Mehrere Fälle von Erysipel und Dysenterie. 8 Todesfälle durch Tuberkulose, 6 Typhusfälle, wovon 2 letal verliefen. Eine sonst vollkommen ruhige beschäftigte Kranke stürzte sich in selbstmörderischer Absicht von der obersten Sprosse einer Stehleiter; sie genas von der hierbei erlittenen schweren Schädelverletzung. Bei 20 gerichtsärztlichen Kommissionen wurden 276 Kr. untersucht und 20 als wieder dispositionsfähig erkannt.

Bericht der mährischen Landesirrenanstalt in Brünn pro 1904.

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 646 (344 M. 302 Fr.), darunter 47 (43 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 54 (44 M. 10 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 536 (299 M. 237 Fr.), 67 (59 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 69 (60 M. 9 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 477 (274 M. 203 Fr.), geheilt 80 (47 M. 33 Fr.), gebessert 81 (51 M. 30 Fr.), gegen Revers 34 (17 M. 17 Fr.), ungeheilt 59 (30 M. 29 Fr.), in andere Anstalten 103 (59 M. 44 Fr.), entwichen 2 M., gestorben 118 (68 M. 50 Fr.), davon an Tuberkulose 5 (4 M. 1 Fr.), an Krebs 2 Fr., an Typhus 1 M.

Bericht der Landes-Irren-Heil- und Pflegeanstalt Feldhof bei Graz nebst den Filialen Lankowitz, Kainbach, Hartberg pro 1903. (Dir. Dr. Sterz).

Zahl der Betten in Feldhof 1024, in Lankowitz 118, in Kainbach 143, in Hartberg 20. Gesamtausgabe in Feldhof 762473 K., in Lankowitz 35582 K.,

in Kainbach 45136 K., in Hartberg 5632 K. Ausgabe pro Kopf und Tag in Feldhof 1 K. 83 h, in Lankowitz 86,25 h, in Kainbach 89,4 h, in Hartberg 84,29 h. Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 1344 (680 M. 664 Fr.), darunter mit Paralyse 99 (71 M. 28 Fr.), mit Alkoholismus 52 (47 M. 5 Fr.). Zugang 715 (377 M. 338 Fr.), mit Paralyse 84 (62 M. 22 Fr.), mit Alkoholismus 46 (40 M. 6 Fr.). Abgang 633 (335 M. 298 Fr.), geheilt 123 (50 M. 73 Fr.), in andere Anstalten 76 (40 M. 36 Fr.), sonstiger 218 (123 M. 95 Fr.), gestorben 216 (122 M. 94 Fr.), blieb Bestand 1426 (722 M. 704 Fr.), darunter mit Paralyse 95 (71 M. 24 Fr.), mit Alkoholismus 47 (40 M. 7 Fr.), in Beobachtung 3 (2 M. 1 Fr.). 10 Entweichungen. 21 Fälle von Erysipel. 56 Trachom-erkrankungen. An Tuberkulose starben 49 (24 M. 25 Fr.). Durch Selbstmord 2 (1 M. 1 Fr.). Bei der Visite wurde ein Arzt von einem bis dahin ruhigen Paranoiker hinterrücks mit einem Stuhle niedergeschlagen. Nachdem das Bewußtsein zurückgekehrt, wurde die 7 cm lange Wunde über dem Scheitelbein vernäht; die Heilung verlief normal.

Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg. (Primärarzt Dr. *Buchberger*.)

Zahl der Betten 200. Die Anstalt hatte zu Beginn des Berichtsjahres 194 Kr. (94 M. 100 Fr.). Zugang 27 (13 M. 14 Fr.). Abgang 21 (9 M. 12 Fr.). davon gestorben 13, blieb Bestand 202 (100 M. 102 Fr.).

Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1904. Budapest 1905.

Die Zahl der in Anstaltspflege befindlichen Geisteskranken hat, wie im Vorjahre, wiederum um rund 500 zugenommen. Mit dem Bau einer psychiatrischen Klinik im Zusammenhang mit dem in Pest im Entstehen begriffenen Universitätsspital ist begonnen worden; sie soll für 150 Kr. eingerichtet werden. Die Einführung der Familienpflege wird beabsichtigt. zunächst im Anschluß an das Dicsöszentmártaner allgemeine Krankenhaus. Die mit den Krankenhäusern zu Sátoraljaújhely und Pécs verbundenen neuen Irrenheilanstalten sind soweit, daß ihre Belegung Anfang 1905 hat erfolgen können. Bestand in den vier Staatsanstalten am 1. Januar 1904 2058 (1194 M. 864 Fr.), darunter mit Paralyse 261 (221 M. 40 Fr.), mit Alkoholismus 74 (68 M. 6 Fr.). Zugang 1364 (848 M. 516 Fr.), mit Paralyse 339 (261 M. 78 Fr.), mit Alkoholismus 90 (89 M. 1 Fr.). Abgang 1061 (688 M. 373 Fr.), geheilt 225 (139 M. 86 Fr.), gebessert 231 (106 M. 125 Fr.), ungeheilt 229 (169 M. 60 Fr.), nicht geisteskrank 15 (12 M. 3 Fr.), gestorben 361 (262 M. 99 Fr.). Krankheitsursachen: Heredität 386 mal, Entwicklungsfehler und angeborene Anlage 215 mal, Schädelverletzung 51 mal, Typhus 23 mal, Lues 81 mal, Alkoholismus 278 mal, Gemütsseinwirkungen 144 mal, Pellagra 11 mal. Forensische Fälle 136 (107 M. 29 Fr.).

Außer in den vier Staatsanstalten waren anderweitig in größeren geeigneten Anstalten am 1. Januar 1904 untergebracht: 3397 Kr. (1891 M.

1506 Fr.), darunter 449 (362 M. 87 Fr.) mit Paralyse, 114 (91 M. 23 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 2825 (1735 M. 1090 Fr.), 581 (447 M. 134 Fr.) mit Paralyse, 365 (343 M. 22 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 2576 (1609 M. 967 Fr.), geheilt 473 (303 M. 170 Fr.), gebessert 868 (489 M. 379 Fr.), ungeheilt 364 (221 M. 143 Fr.), nicht geisteskrank 32 (27 M. 5 Fr.), gestorben 839 (569 M. 270 Fr.). In 50 allgemeinen Krankenhäusern sowie 19 Krankenhäusern mit öffentlichem Charakter befanden sich außerdem am 1. Januar 1904 483 (272 M. 211 Fr.). Zugang 1119 (653 M. 466 Fr.). Abgang 1102 (634 M. 468 Fr.).

Bericht über die Zürcherische kantonale Irrenanstalt Burghölzli pro 1904. (Dir. Dr. *Bleuler*.)

Bestand am 1. Januar 1904: 380 (178 M. 202 Fr.). Zugang 332 (194 M. 138 Fr.), davon waren frische Aufnahmen 276 (156 M. 120 Fr.), 22 (19 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 48 (35 M. 13 Fr.) mit Alkoholismus, nicht frische Aufnahmen 53 (37 M. 16 Fr.), 3 (2 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 2 M. mit Hirnlues, 4 M. mit Alkoholismus. Abgang 324 (195 M. 129 Fr.), geheilt 39 (25 M. 14 Fr.), gebessert 144 (90 M. 54 Fr.), ungebessert 95 (57 M. 38 Fr.), gestorben 43 (22 M. 21 Fr.), nicht geisteskrank 3 (1 M. 2 Fr.). Todesursache bei 6 (2 M. 4 Fr.) Tuberkulose, bei 1 Fr. Typhus, bei 1 M. Karzinom, bei 1 M. Suicid. Der Selbstmord betraf einen zufriedenen, gleichgültigen Paralytiker, bei dem an diese Eventualität nicht gedacht werden konnte. 10 Entweichungen. Freien Ausgang: 71 (37 M. 34 Fr.), innerhalb des Parkes 65 (23 M. 42 Fr.), innerhalb der Höfe 64 (17 M. 47 Fr.). Handschuhe bei 3 Fr. wegen Selbstbeschädigung. Beschäftigt wurden 76,8% M. und 80,5% Fr. Prekäre Wärterverhältnisse, häufiger Wechsel, mangelhafter Ersatz.

Bericht der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt pro 1904. (Dir. Prof. Dr. *Wolff*.)

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 286 (135 M. 151 Fr.), darunter 23 (19 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 18 (8 M. 10 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 246 (120 M. 126 Fr.), 18 (10 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 36 (32 M. 4 Fr.) mit Alkoholismus. Bei 8 (3 M. 5 Fr.) mit Paralyse war Lues nachweisbar, bei 7 (5 M. 2 Fr.) wahrscheinlich. Zur Beobachtung kamen 3 M. Abgang 263 (131 M. 132 Fr.), geheilt 46 (23 M. 23 Fr.), gebessert 105 (53 M. 52 Fr.), ungebessert 71 (30 M. 41 Fr.), gestorben 38 (22 M. 16 Fr.), nicht geisteskrank 3 M. Von den Genesenen wurden 23 nach 1 Monat, 13 nach 2—3 Monaten, 4 nach 4—6 Monaten, 5 nach 7—12 Monaten, 1 nach 2—3 Jahren entlassen. Bei 133 (60 M. 73 Fr.) der frischen Aufnahmen war Heredität festgestellt. An Tuberkulose starben 7 (5 M. 2 Fr.). An Herz- und Gefäßkrankheiten 10 (5 M. 5 Fr.). Die Einführung der Wachsaaalbehandlung ermöglichte ununterbrochene Aufsicht bei selbstmordgefährlichen, unruhigen, unreinlichen und

aus anderen Gründen überwachungsbedürftigen Kranken und die Durchführung konsequenter Bettbehandlung bei akuten Krankheitszuständen. Die baulichen Anlagen gestatten vorläufig noch nicht, hiermit auch eine rationelle hydrotherapeutische Behandlung zu verbinden. Der Arbeitstherapie wurde besondere Aufmerksamkeit zugewandt. Sondenernährung in zahlreichen Fällen bei Melancholikern, Katatonikern, Paralytikern. An Stelle des zurückgetretenen Direktors Prof. Dr. Wille wählte der Regierungsrat Dr. Wolff zum Direktor und Professor.

Jahresberichte der bernischen kantonalen Irrenanstalten Waldau. Münsingen und Bellelay pro 1904. (Dir. Dr. v. Speyr. Glaser, Brauchli.)

Waldau: Bestand am 1. Januar 1904: 577 (286 M. 291 Fr.), darunter mit organischen Störungen 45 (20 M. 25 Fr.), mit Intoxikationspsychosen 25 (21 M. 4 Fr.). Zugang 161 (89 M. 72 Fr.), mit organischen Störungen 18 (10 M. 8 Fr.), mit Intoxikationspsychosen 22 (19 M. 3 Fr.), nicht geisteskrank 1 M. Zur gerichtlichen Begutachtung kamen 8 (7 M. 1 Fr.). Abgang 159 (93 M. 66 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., genesen 27 (19 M. 8 Fr.), gebessert 64 (32 M. 32 Fr.), unge bessert 31 (20 M. 11 Fr.), gestorben 36 (21 M. 15 Fr.), davon 2 (1 M. 1 Fr.) durch Suicid. Tuberkulose war Todesursache bei 6 (4 M. 2 Fr.), Krebs bei 3 Fr. 38 Entweichungen. Familienpflege gedeiht nicht. 90 Aufnahmegesuche wurden abgewiesen.

Münsingen: Bestand am 1. Januar 1904 665 (315 M. 350 Fr.), darunter 49 (21 M. 28 Fr.) mit organischen Störungen, 37 (25 M. 12 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Von den Neu aufgenommenen waren erblich belastet 113 (51 M. 62 Fr.) = 44,1% (39,8% M. 48,4% Fr.). 24 (20 M. 4 Fr.) kamen zur gerichtlichen Begutachtung, davon waren 16 geisteskrank; 8 M. wurden als nicht geisteskrank begutachtet, sie waren aber abnorm veranlagt, moralisch defekt und hatten ihre Strafhandlungen unter der Wirkung vom Alkoholgenuß verübt. Abgang 226 (115 M. 111 Fr.), nicht geisteskrank 15 M., genesen 29 (10 M. 19 Fr.), gebessert 97 (46 M. 51 Fr.), unge bessert 46 (23 M. 23 Fr.), gestorben 39 (21 M. 18 Fr.). Todesursache bei 2 M. Tuberkulose, bei 9 (4 M. 5 Fr.) Herzkrankheiten, bei 7 (4 M. 3 Fr.) Paralyse, bei 1 M. Vergiftung durch Kohlenoxyd. Dieser letzte Fall betraf einen Familienpflegling, der mit zwei Knechten in einem Zimmer schlief. Infolge vorzeitigen Schließens des Ofens waren am nächsten Morgen alle drei Zimmergenossen tot. Infolge der hochgradigen Platznot besonders auf den Abteilungen für Unruhige war in einer Nacht ein Paralytiker zusammen mit einem Katatoniker isoliert: hierbei wurde der Paralytiker von dem Katatoniker erschlagen.

Bellelay: Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 296 (124 M. 172 Fr.), darunter 6 (5 M. 1 Fr.) mit organischen Störungen, 6 (4 M. 2 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zugang 26 (16 M. 10 Fr.); 7 (4 M. 3 Fr.) mit organischen Störungen. 20 Aufnahmegesuche wurden abgewiesen oder zurückgezogen: in

der Kinderabteilung stehen leider nur 12 Plätze zur Verfügung. Zur Untersuchung ihres Geisteszustandes kamen 6 (4 M. 2 Fr.). Abgang 20 (10 M. 10 Fr.); unge bessert 5 M., gestorben 15 (5 M. 10 Fr.). An Tuberkulose starben 3 (1 M. 2 Fr.). an Pneumonie 3 (2 M. 1 Fr.), an Krebs 2 Fr., an Aortenaneurysma 1 Fr. 2 Typhusfälle und zeitweise epidemisch auftretende Diarrhöen infolge von Verunreinigung des Trinkwassers.

47. Bericht der Heil- und Pflegeanstalt St. Primisberg pro 1904. (Dir. Dr. Häberlin.)

Bestand am 1. Januar 1904: 239 (119 M. 120 Fr.), darunter mit organischen Psychosen 20 (10 M. 10 Fr.). mit Intoxikationspsychosen 12 M. Zugang 91 (37 M. 54 Fr.); 8 (6 M. 2 Fr.) mit organischen, 4 M. mit Intoxikationspsychosen. Erbliche Belastung wurde in 53 Fällen sicher nachgewiesen. Abgang 93 (35 M. 58 Fr.); nicht geisteskrank 1 Fr., genesen 32 (10 M. 22 Fr.), gebessert 34 (14 M. 20 Fr.), unge bessert 13 (6 M. 7 Fr.), gestorben 13 (5 M. 8 Fr.). Tuberkulose war 2 mal, Lungenentzündung 2 mal, Herzfehler 3 mal Todesursache. 5 Entweichungen. Bettbehandlung durchschnittlich bei 9% Fr. und bei 7—8% M. ausschließlich der wegen körperlicher Erkrankungen Bettlägerigen. Deckelbäder bei Männern häufig angewandt. Künstliche Ernährung bei 2 M. und 4 Fr., bei einer an Dementia paranoides Leidenden nahezu ein halbes Jahr. Die Kolonie auf St. Margarethenberg wurde von Mai bis Oktober von 10 Kranken benutzt.

Bericht der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden (Aargau) pro 1904. (Dir. Dr. Fröhlich.)

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 661 (286 M. 375 Fr.), darunter 38 (22 M. 16 Fr.) mit organischen Psychosen, 33 (28 M. 5 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zugang 178 (91 M. 87 Fr.); 25 (12 M. 13 Fr.) organische Störungen, 30 (25 M. 5 Fr.) Intoxikationspsychosen. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 8 M. Erblich belastet waren 104 der Aufgenommenen. Bei 38,47% M. und bei 5,87% Fr. war Alkoholismus Krankheitsursache, Abgang 161 (80 M. 81 Fr.), geheilt 28 (16 M. 12 Fr.), gebessert 57 (28 M. 29 Fr.), unverändert 21 (8 M. 13 Fr.), gestorben 55 (28 M. 27 Fr.). Typhus war 2 mal. Tuberkulose 5 mal, Krebs 4 mal, Herz- und Gefäßerkrankungen 13 mal, organische Hirnkrankheiten 10 mal Todesursache. 18 Typhusfälle. Eine neue Trinkwasserleitung ist notwendig. 33% M. und 30% Fr. wurden durchschnittlich beschäftigt.

13. Bericht des kantonalen Asyls in Wil pro 1904. (Dir. Dr. Schiller.)

Bestand am 1. Januar 1904: 697 (355 M. 342 Fr.), darunter 81 (45 M. 36 Fr.) mit organischen Psychosen, 39 (37 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang

422 (197 M. 225 Fr.); 166 (86 M. 80 Fr.) organische Störungen, 72 M. (62 M. 10 Fr.) Intoxikationspsychosen, 239 körperlich Kranke und Altersschwache, Von den erstmalig Aufgenommenen waren 74 % M. und 79 % Fr. erblich belastet. Bei 43 (35 M. 8 Fr.) war Alkoholmißbrauch, bei 4 M. Lues Krankheitsursache. 29 M. waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. 9 gerichtliche Begutachtungen. Abgang 382 (181 M. 201 Fr.); geheilt 56 (27 M. 29 Fr.), gebessert 95 (42 M. 53 Fr.), ungebessert 79 (34 M. 45 Fr.), gestorben 150 (76 M. 74 Fr.), und zwar körperlich Kranke 52, Geisteskranke 98. Hiervon starben 65 (36 M. 29 Fr.) infolge organischer Psychosen. Tuberkulose war 7 mal Todesursache.

13. Bericht der kantonalen Irren- und Krankenanstalt Waldhaus pro 1904.

Bestand am 1. Januar 1904: 280 (152 M. 128 Fr.), darunter 18 (13 M. 5 Fr.) organische Psychosen, 9 (8 M. 1 Fr.) Intoxikationspsychosen. Zugang 123 (60 M. 63 Fr.), 39 (24 M. 15 Fr.) mit organischen Psychosen, 8 (7 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus. Zur Beobachtung 4 M. Abgang 110 (51 M. 59 Fr.), genesen 24 (9 M. 15 Fr.), gebessert 36 (18 M. 18 Fr.), ungebessert 28 (14 M. 14 Fr.), gestorben 22 (10 M. 12 Fr.). 10 Entweichungen. 1 M. verunglückte bei seinem Fluchtversuch durch Sturz aus dem Fenster, er starb infolge Schädelbruchs. Ein Entwischener machte auswärts einen Selbstmordversuch. Sondernernährung bei 8 Kr., bei 2 Kr. über ein halbes Jahr. Dauernde Überfüllung führte täglich zu Schwierigkeiten im Anstaltsbetriebe.

Bericht der evangelischen Heilanstalt für Frauen „Sonnenhalde“ bei Riehen. (Dr. Ch. Bach-Georg.) 1. September 1904—31. August 1905.

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 32. Von 132 Anmeldungen kamen 79 zur Aufnahme, davon 61 mit Heredität. Abgang 79, geheilt und gebessert 25. ungeheilt 53, gestorben 1.

Bericht der Privatheilanstalt Friedheim-Zihlschlacht (Turgau) 1903/04. (Dr. Krayenbühl.)

Bestand am 1. Januar 1903: 20 (12 M. 8 Fr.). Zugang 1903 und 1904 100 (59 M. 41 Fr.), 5 M. mit Paralyse, 17 (13 M. 4 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 97 (57 M. 40 Fr.); geheilt 14 (9 M. 5 Fr.), gebessert 46 (27 M. 19 Fr.), ungebessert 31 (17 M. 14 Fr.), gestorben 6 (4 M. 2 Fr.), davon 2 durch Suicid. Bei 85 % der organischen Störungen war Lues Krankheitsursache. Bettbehandlung und ständige Beaufsichtigung der Kranken auf Wachabteilungen durch Pfleger bildet die Grundlage der Behandlung aller akuten Fälle.

Prolongierte Bäder, wo möglich ohne Deckel, lassen Isolierungen, Zwangsmittel und Narcotica sozusagen nicht mehr zur Anwendung kommen.

Psychiatrische Streifzüge durch Paris von Privatdozent Dr. R. Förster in Bonn. Münchener medizinische Wochenschrift. Nr. 21. 1905.

Verf. berichtet über seine Eindrücke und Erfahrungen während eines halbjährigen Aufenthaltes in Paris im Winter 1903/04; er rühmt dabei das freundliche Entgegenkommen und die überaus liebenswürdige Aufnahme bei Behörden und Kollegen. In der Infirmerie spéciale hat er eine außergewöhnliche Menge frischen Materials gesehen und darunter eine große Anzahl von expansiven Paralyse und katatonen Erregungszuständen bemerkt. In den beiden alten Asylen Bicêtre und Salpêtrière (nur für Frauen bestimmt) waren 3204 M. und 3883 Fr. untergebracht. Hier fand sich in der von *Deny* geleiteten Abteilung ein Dauerbad mit 6 Wannen — das einzige in ganz Paris. In Bicêtre waren im Winter zuvor die ersten Klosetts mit Wasserspülung eingerichtet. — Auf der Epileptikerstation, im ältesten Teile der Anstalt, fielen „Lederpolsterhelme“ auf; die Badewannen waren innen mit kupfernen Deckeln, in denen ein mit Gummi eingefasster Ausschnitt für den Hals freigelassen war, versehen; kalte Bäder und Duschen von 32° schienen sehr beliebt. Die Sûreté, ein für 34 gefährliche und verbrecherische Geistesranke bestimmtes Gebäude mit kreisrundem Tagesraum um den, durch ein mächtiges Eisengitter abgetrennt, 24 Zellen radiär angeordnet sind, wird nur wenig mehr benutzt. Die Anstalten des Seine-Departement verpflegen etwa 7000 Kr. Das Bureau d'admission von St. Anne, das eigentliche Stadtasyl, nimmt alle frischen Fälle auf; hier wurde 1897 durch *Magnan* die Bettbehandlung zum ersten Male in Frankreich systematisch eingeführt. In Ville-Evrard (953 Betten) befindet sich die einzige Abteilung für Alkoholisten in Frankreich, die völlig abstinente gehalten wird. Zwangsmittel werden nicht angewandt. In den Bädern wird ein „mélangeur“ benutzt, der ein elektrisches Glockensignal gibt, sobald die gewünschte Temperatur erreicht ist. Maison-Blanche, 1897 für 700 Fr. eröffnet, soll auf 1200 Plätze ausgebaut werden; hier ist noch eine besondere Zellenabteilung gebaut, über den Badewannen sind Segeltuchdeckel befestigt; die Wasserspülung der Klosetts wird durch jeden zweiten Schluß der Aborttür ausgelöst. Vacluse (650 Betten) ist elektrisch beleuchtet und macht auch in seiner sonstigen Einrichtung einen durchaus modernen Eindruck. Reichliche Wachsbadbehandlung ohne Zwangsmittel, die Zellenabteilung wird nur nachts wegen Überfüllung als Schlafraum benutzt. Ville-Juif (1140 Betten) hat seit 1888 eine Luftliegekur für Tuberkulose. Dekubitusprophylaxe: nach jedem Bettnässen sofortiges Waschen mit gekochtem Wasser und dann Puder. Die Tüchtigkeit des Wartepersonals wird besonders hervorgehoben. Die Trennung der ärztlichen und der Verwaltungsfunktion ist überall streng durchgeführt. Die Abteilungen beider Geschlechter haben eigene voneinander völlig unabhängige Chefarzte. Daneben hat jede Anstalt einen besonderen nichtärztlichen Verwaltungsdirektor.

La réforme des asiles d'aliénés, l'assistance des Aliénés en France, en Allemagne, en Italie, en Suisse et en Belgique par le docteur *Jul. Morel*, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de l'Etat à Mons-Gand. Imprimerie A. van der Haeghen 1905.

Das Irrenwesen Frankreichs bedarf der Reformation. Die Irrenheilkunde, die hier ehemals eine dominierende, maßgebende Stellung einnahm, ist von diesem Platz mehr und mehr zurückgetreten. Verf. weist auf die bestehenden Schäden hin und zeigt Mittel und Wege zu ihrer Verbesserung. Unter besonderer Berücksichtigung des vortrefflichen Reiseberichts von *Sérieux*, der im Auftrage der Regierung Reisen nach Deutschland, Italien und der Schweiz unternahm, schildert Verf. die Einrichtungen der Irrenanstalten in diesen Ländern, vergleicht sie mit den französischen Verhältnissen und erörtert dabei alle für das Irrenwesen wichtigen Fragen. Er rühmt namentlich unsere deutschen Einrichtungen: „les admirables établissements hospitaliers de l'autre côté du Rhin.“

Forty-seventh annual report of the general board of commissioners in Lunacy for Scotland. Glasgow 1903.

In ihrem 17. Jahresbericht gibt die Generalkommission für die Irrenanstalten in Schottland zunächst eine Übersicht über die Krankenbewegung in sämtlichen schottischen Irrenanstalten und anderen Instituten, in denen Geisteskranke behandelt und verpflegt wurden, und berichtet dann über ihren Besuch in den einzelnen Anstalten. In allen diesen Berichten wird immer wieder zum Ausdruck gebracht, daß die Versuche mit weiblichem Pflegepersonal auf den Männerabteilungen, besonders in den Siechenhäusern und Lazaretten, glänzende Resultate geliefert haben.

Fifht annual report of the Manhattan State Hospital, at New York pro 1904.

911 Aufnahmen.

Der Hydrotherapie wird besondere Aufmerksamkeit zugewandt. Die Wirkung der Dauerbäder wird gerühmt und dabei empfohlen, die Haut der Badenden einzufetten. Lagerleben und Zeltbehandlung in den Monaten April bis September haben sich seit 2 Jahren vorzüglich bewährt. Die Kranken empfinden das Nichteingeschlossenensein angenehm. Selbst die unruhigsten Kranken beruhigten sich oft, sobald sie ins Lagerleben kamen. Keine Unfälle und Fluchtversuche mit unangenehmen Folgen. Bei den Zelten sind 2 hölzerne Pavillons aufgestellt: sie enthalten die Toilette- und Baderäume und dienen als Zuflucht an kalten, stürmischen Tagen. Regelmäßige Seebäder im Sommer.

Sérieux, Paul, Les asiles spéciaux pour les condamnés aliénés et les psychopathes dangereux. Revue de psychiatrie 1905 Nr. 7.

Verf. trennt die Geisteskranken, für die er eine von den gewöhnlichen Geisteskranken gesonderte Unterbringung wünscht, in zwei Gruppen. von denen die eine die Verbrecher, die während der Verbüßung ihrer Strafe psychisch erkrankt sind, die andere sämtliche gemeingefährliche Geistesranke, also auch die, die mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten sind, umfaßt. Die verschiedenen Arten der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher in besondere Anstalten oder in gesonderte Abteilungen, die zum Teil den Irrenanstalten, zum Teil den Strafanstalten angegliedert sind, werden erwähnt und besonders mit Rücksicht auf die Verhältnisse in Frankreich besprochen. Verf. hält es für wünschenswert, wenn alle Angeklagten sowie alle Kinder, die in Korrektionshäuser überführt werden sollen, vorher von einem Psychiater untersucht würden, außerdem empfiehlt er das in Belgien übliche Verfahren, das in den Strafanstalten und Korrektionshäusern eine ärztliche Überwachung der Insassen, besonders in Berücksichtigung ihres Geisteszustandes, vorschreibt. Er wünscht für Frankreich zwei verschiedene Arten von Anstalten, und zwar eine Zentralanstalt oder noch besser vier besondere den Strafanstalten angegliederte Abteilungen, besonders in der Nähe von Universitätsstädten, für die geisteskranken Verbrecher, die während ihrer Strafhaft erkrankt sind, und drei Asiles de sûreté für die gemeingefährlichen Geisteskranken, zu denen einmal die Kranken, die vor ihrer Aufnahme und während ihres Aufenthaltes in einer Anstalt verbrecherische Handlungen verübt haben, zu denen weiter aber auch die böstigen Geisteskranken, die moralisch Schwachsinnigen, die geborenen Verbrecher und dergl. gehören. Auch die Geisteskranken der ersten Kategorie, die nach Ablauf ihrer Strafzeit nicht geheilt und zur Unterbringung in eine gewöhnliche Anstalt zu gefährlich sind, sollen in diesen Anstalten interniert werden.

Behr-Lüneburg.

Chotzen, Eine Beschäftigung für überwachungsbedürftige Kranke. Psychiatrisch-neurolog. Wochenschr. Nr. 44, S. 400.

Bettlägerige Kranke werden mit dem Auffädeln von kleinen Papp-Etiketten, wie sie zur Preisnotierung an Galanteriewaren dienen, beschäftigt.

Snell.

Marie, La tuberculose dans les asiles d'aliénés. Revue de psychiatrie. Sept. 1905, pag. 353.

Die Häufigkeit der Tuberkulose bei Geisteskranken wird durch statistische Mitteilungen nachgewiesen und in ihren Ursachen erörtert. Zur Verminderung der Tuberkulose werden allgemeine hygienische Maßregeln, reichliche Beschäftigung der Kranken im Freien und Isolierung der an Tuberkulose Erkrankten vorgeschlagen.

Snell.

D'Orma, La pazzia nella provincia di Ferrara.

In dem Zeitraum 1897—1901 wurden in die Irrenanstalt zu Ferrara 1175 Geistesranke aufgenommen, durchschnittlich im Jahre 235 (132 M. und 103 Fr.). Auf 1000 Einwohner der Provinz kamen durchschnittlich jährlich 0,805 Aufnahmen. Der größte Prozentsatz entfiel auf die Stadt Ferrara. Während sich die Bevölkerung der Provinz in den letzten dreißig Jahren um ein Drittel vermehrt hatte, ist die Zahl der Geisteskranken in der Irrenanstalt um mehr als das Doppelte gestiegen. (Die Zahl der Geisteskranken in den italienischen Irrenanstalten überhaupt hat sich von 1874—1898 verdreifacht.) Unter den 1175 Aufnahmen befanden sich 422 Wiederaufnahmen, also durchschnittlich jährlich 84,4; Prozentsatz dieser zu jenen 35,9. Was das Alter der zum erstenmal Aufgenommenen betrifft, so standen die meisten in dem Lebensalter von 51—60, die übrigen in dem Alter von 41—50, 21—30, 31—40. Die meisten Aufnahmen fanden im Sommer statt, von Mai bis Juli. Entlassen wurden in dem genannten Zeitraum 729 Kranke (411 M. und 318 Fr.), durchschnittlich jährlich 145,8, d. h. 62% der Aufgenommenen. Es waren geheilt 410, gebessert 227, ungeheilt 92, nicht geisteskrank 10 (Untersuchungsgefangene). Es starben 352, durchschnittlich jährlich 70,4, oder etwa 101%, und zwar an Pellagra 21,3%, an Tuberkulose 6,8%, an Pneumonie 6,6%. Was die Krankheitsformen der Insassen betrifft, so gehörten 31,3% dem manisch-depressiven Irresein an, 18% dem pellagrösen Irresein, 1,8% den alkoholistischen Geistesstörungen, 5,7% den Phrenasthenien, 6,2% der Epilepsie, 3,3% der Hysterie, 8,6% der Dementia praecox, 9,9% der Dementia paralytica, 0,1% der Paranoia usw. Im allgemeinen waren Männer und Frauen in fast gleicher Zahl beteiligt, nur bei der Paralyse, dem Alkoholismus, der Epilepsie und Pellagra überwog die Zahl der Männer, umgekehrt dagegen war das Verhältnis bei dem manisch-depressiven Irresein, der Dementia praecox, der Hysterie und den Erschöpfungspsychosen. Bei 45% der Aufgenommenen konnte Erblichkeit nachgewiesen werden. Von den verbrecherischen Geisteskranken wurden 13 aus dem Gefängnis und 18 direkt aufgenommen, sie machten 1,10 resp. 1,53% der Aufnahmen aus. *Ganter.*

Rawes, A short history of St. Luke's Hospital. The Journal of mental science. Januar 1904.

Die Gründung von St. Luke's Hospital in London wurde am 13. Juni 1750 von Privatpersonen beschlossen. Die Eröffnung der Anstalt fand am 30. Juli 1751 mit der Aufnahme von 2 männlichen und 4 weiblichen Kranken statt. Im Laufe des Jahres 1752 stieg ihre Zahl auf 50. Ein Neubau wurde am 1. Januar 1787 bezogen, der heute noch steht, und mit 109 Kranken aus der alten Anstalt belegt. Er konnte 200 akute und 100 chronische (unheilbare) Fälle aufnehmen. An der Spitze stand ein Verwalter, dessen Frau der Frauenseite vorstand. Ein Arzt besuchte die Anstalt 3mal wöchentlich. Die Fenster waren vergittert, die Abteilungen durch Gitter abgeschlossen. Die

Zellen hatten nur ganz kleine Fenster. Keine Heizvorrichtung. Die Bäder wurden kalt gegeben. Jeder Kranke hatte ein trogförmiges, an der Mauer befestigtes und mit Stroh gefülltes Bett. Die unheilbaren Kranken befanden sich im Parterre, einige waren an Ketten an die Mauer gefesselt, hatten aber noch hinreichend Bewegungsfreiheit, manche wurden auch im Bett festgebunden. Seltener kam die Zwangsjacke zur Verwendung. Das Wartepersonal betrug auf jeder Station fünf.

1829 wurde ein zweiter Arzt angestellt. Es wurde Gelegenheit gegeben zu warmen Waschungen und Bädern. Wasserklosetts wurden eingeführt, bessere Fenster eingesetzt. Das Personal wurde vermehrt. 1831 wurden Nachtwachen und Kontrolluhren eingeführt. Die Kranken durften abends Lampen benutzen. 1836 kamen Zwangsstühle (confining chairs) zur Verwendung, die nach dem Bericht des Arztes eine Erleichterung für die Kranken bedeuteten. 1841 wurden Krankensäle für die körperlich Kranken geschaffen. Nachts wurden die Kranken von ihren Fesseln befreit, und der Arzt berichtet, daß sie nun viel reinlicher geworden seien. Die Fenstergitter wurden entfernt, es wurde für Lektüre und Unterhaltung der Kranken gesorgt. Von 1851 ab sind wahrscheinlich die Zwangsmittel abgeschafft worden, seit 1856 wurde kein Tauchbad mehr gegeben.

Seit der Eröffnung der Anstalt bis zum 31. Dezember 1902 sind 24432 Geisteskranke aufgenommen worden. Davon 2398 in der Anstalt gestorben, 10559 wurden geheilt, 5036 gebessert, 6261 ungeheilt und 4 als nicht geisteskrank entlassen. Der Prozentsatz der Geheilten betrug 43% der Aufgenommenen.

Aus den ersten 100 Jahren findet kein Fall von Typhus Erwähnung. Zeitweilig traten die Pocken auf. 1833 wurden 23 Kranke von der asiatischen Cholera befallen, wovon 19 starben. 5 Selbstmorde kamen vor: 1825 und 1845 je einer, 1852 zwei, 1897 einer.

St. Luke's Hospital war die erste Anstalt in England, die Ärzten und Studierenden Gelegenheit zum Studium der Geisteskrankheiten gab. Sie galt für lange Zeit als eine Musteranstalt nicht nur in England, sondern auch auf dem Kontinent.

Ganter.

Boyle, Some points in the early treatment of mental and nervous cases (with spezial reference to the poor). The Journal of mental science. Oktober.

Verf. spricht sich sehr anerkennend aus über die psychiatrischen Kliniken in München, Berlin, Göttingen, desgleichen über die Nervenheilstätten Rasemühle und Haus Schoenow, die er besucht hat. Er befürwortet die Errichtung ebensolcher Heilstätten auch für England, wo bis jetzt nur eine existiert, die auf öffentliche Kosten erhalten wird, die des Dr. *Carswell* in Glasgow.

Ganter.

Rhodes, The Provision of suitable accomodation for the various forms of insanity. The Journal of mental science. Oktober.

Verf. wendet sich gegen die Errichtung reiner Pflegeanstalten. Ferner verlangt er die Abschaffung des Korridorsystems und statt der großen Gebäude Villen für je 25—40 Kranke; Ausdehnung der kolonialen Verpflegung: Entfernung der hohen Mauern um die Anstalten. *Ganter.*

Menzies, Some points connected with tuberculosis in asylums. The Journal of mental science. Juli.

Verf. erwähnt die Möglichkeiten, die der Verbreitung der Tuberkulose in der Irrenanstalt günstig sind und erörtert die entsprechenden hygienischen Maßregeln zur Verhütung der Ansteckung. *Ganter.*

12. Statistik.

Ref.: Dr. Tigges-Düsseldorf.

Der 57. Jahresbericht der englischen Commissioners in Lunacy Juni 1903. The journal of mental science. 1904. Januar.

Der Bericht erstreckt sich auf das Jahr 1902. Die Zahl der Grafschafts- und städtischen Asyle betrug 82, und der Board konnte günstig über deren allgemeine Lage und Verwaltung berichten. Im letzten Jahre hat die Eröffnung von zwei neuen Asylen stattgefunden, des West-Riding Scalebor und des Grafschafts von London Korton Asyls. — Scalebor Asylum ist für die Aufnahme von Privatkranken bestimmt und hat 210 Plätze. Es hat ein entschiedenes Abgehen von den bisherigen Anstaltseinrichtungen stattgefunden. Schon andere Körperschaften sind auf diesem Wege vorgegangen, indem sie bestimmte Gebäude getrennt voneinander errichteten, oder indem sie auf dem Anstaltsgrunde einzeln stehende Gebäude (detached buildings) herstellten. Das Scalebor Asylum ist zuerst von einer öffentlichen Körperschaft für diesen Zweck errichtet. Andere würden voraussichtlich bald folgen. Bei West-Riding County trat das Bedürfnis bei 5—6000 Kranken hervor. Es wird mehr sich geltend machen, und mit mehr Möglichkeiten für spezielle und getrennte Einrichtungen in der Grafschaft London mit über 17000 Kranken.

Das zweite neu eröffnete Asyl ist Korton für die Grafschaft London mit 2000 Plätzen. Die Nachtwärterinnen haben hier ein besonderes Haus. Neben dem Hauptgebäude gibt es mehrere Villen.

Es sind noch andere neue Asyle eröffnet, aber sie ersetzen oder erweitern bereits bestehende Asyle und vermehren nicht deren Zahl.

Die Zahl der Kranken in den Grafschafts- und städtischen Asylen betrug nach deren Büchern am 1. Januar 1903 82009. Es hatte im Jahre eine Zunahme stattgefunden von 3749. 1969 von den Kranken waren Privatkanke. Bei der jetzigen Auslegung des Gesetzes ist jeder Kranke berechtigt, auf die Liste der Privatkanken gesetzt zu werden, dessen Mittel hinreichen, die Kosten der wöchentlichen Verpflegung zurückzuzahlen.

Infektionskrankheiten. Die Pocken konnten keinen festen Boden in einem Asyl bekommen, selbst wenn sie in der Nachbarschaft herrschten. — Scharlachfieber trat in 18 Asylen auf. Eine Epidemie fing im November 1901 an und hielt an bis zum folgenden Mai. Sie zeigt die große Gefahr, die durch Abwesenheit der geeigneten Mittel zur Isolierung und Desinfektion hervorgerufen wird. — Typhusfälle kamen vor in 22 Asylen, doch nur in einem erlangte der Typhus eine größere Ausdehnung. Obgleich dieses Asyl verhältnismäßig neu war, wurden schwere Defekte der Drainage festgestellt, so daß eine vollständige Neuausführung derselben nötig wurde. Der Bericht-erstatte hat Kenntnis von wenigstens zwei weiteren Asylen, bei denen verhältnismäßig bald nach der Eröffnung schwere Defekte der Drainage sich ergaben, welche zu einer ähnlichen ausgedehnten Neukonstruktion nötigten. Es sollte unveränderliche Gewohnheit sein, die Dienste eines anerkannten Experten in diesem Fach in Anspruch zu nehmen, sowohl vor Festsetzung der Pläne, als auch bei Ausführung der Konstruktionen.

Dysenterie und Diarrhöe. Die Anstaltsdirektionen haben auf Anregung seitens der Commissioners Berichte über das Vorkommen von diarrhoischen Störungen gemacht. Die Zeit ist noch zu kurz, um Schlußfolgerungen daraus zu ziehen. Über eine Epidemie in Kants Asyl wird eingehend berichtet. In zehn Jahren vor 1902 trat kein Todesfall an Dysenterie in diesem Asyl auf. Dann folgte ihr Auftreten dicht auf Störungen des Bodens infolge Neulegung der Drains am Schluß des Jahres 1901. — Die schwereren Störungen dieser Formen (Dysenterie usw.) überwogen in den größeren Anstalten.

Tuberkulose. Die Sterblichkeitsziffer an Tuberkulose betrug 1902 18,2 auf 1000 des Bestandes, im Jahre vorher 15,8. Der Prozentsatz der an Tuberkulose Gestorbenen von der Gesamtzahl aller Todesursachen betrug 17 pro 100 gegen 15,8 im Jahre 1891. Diese 17% entsprechen 10,4% für die allgemeine Bevölkerung. (Diese letztere Berechnung ist irreführend, da die Ziffer der Todesfälle an Tuberkulose gedrückt wird durch die an Nervenkrankheiten usw. in Irrenanstalten Gestorbenen.)

Die Kosten der Unterhaltung pro Kopf und Woche haben gegen das Vorjahr um 4 d abgenommen.

Die Zahl der bekannten Geisteskranken in England betrug am 1. Januar 1903 113964, um 3251 mehr als 1 Jahr vorher, während die Zunahme in den letzten 5 Jahren nur 863 durchschnittlich betragen hatte. — Im Verhältnis zur Bevölkerung (Volkszählung 1901) kommen nach der obigen Ziffer auf 10000 Einwohner 34,14 Geisteskranke, oder 1 Geisteskranker kommt auf

293 Personen. Diese Ziffer hat sich, wenn auch nicht ganz regelmäßig, seit dem Jahre 1859 erhöht. Diese Erhöhung beschränkt sich praktisch auf die armen Kranken.

Aufnahmezahl im Verhältnis zur Bevölkerungsziffer. Nach Ausschluß der Idiotenanstalten und der Versetzungen von einer Anstalt in eine andere wurden 1902 in alle Arten von Anstalten und als Einzelkranke aufgenommen 22851 Kranke, von denen 33,1% erste Aufnahmen waren. Dies macht 6,93 Aufnahmen auf 10000 Einwohner, während 1869 diese Zahl 4,71 betrug. Im Jahre vorher war sie 6,4. Eine größere Zunahme läßt sich nachweisen bei den Aufnahmen von 65 Lebensjahren und darüber im Verhältnis zur Bevölkerung desselben Lebensalters, wie folgende Zusammenstellung lehrt.

Fünffährige Personenaufnahme von Kranken mit 65 Jahren und darüber im Vergleich zu denselben Altersstufen der Bevölkerung.

1884—1888 10,8 M. 9,3 Fr.

1892—1896 14,1 „ 11,7 „

1897—1901 15,6 „ 14,0 „

Es liegt nahe, die Zunahme zu erklären durch die nicht zu verkennende Neigung, ältere Personen in die Asyle zu schicken. Es wäre nötig, auch für die früheren Lebensalter solche Zusammenstellungen zu machen.

Epilepsie und Geisteskrankheit. Ungefähr 12% des Bestandes der Asyle leiden an Epilepsie. Verf. bedauert, daß nicht als besondere Form das epileptoide Irresein ausgeschieden ist. Er meint damit senile Fälle mit epileptischen Anfällen, welche in der Regel zusammenfallen mit kleinen groben materiellen Gehirnläsionen.

Die Genesungsziffer, nach den Aufnahmen berechnet (mit Ausschluß der Versetzungen und wiederholten Aufnahmen), betrug 36,13%. Die Ziffer ist niedriger, als in irgend einem vorhergehenden Jahre der Dekade, welche 38,17% hatte. In früheren Dezennien war die Genesungsziffer noch höher. Die Commissioners meinen, dies rühre daher, daß mehr chronische und weniger Hoffnung gebende Fälle aufgenommen werden.

Die Sterblichkeitsziffer, berechnet zum Durchschnittsbestande 10,55%, war um 0,72% höher als der Durchschnitt der Dekade, und auch höher als der Durchschnitt der drei vorhergehenden Dezennien.

45. Jahresbericht des General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland 1903. (Ibidem.)

Der Bericht erstreckt sich auf das Jahr 1902. Im Jahre 1901 fand die Irrenzählung gelegentlich der Volkszählung (census) statt. In dem Zähl-schema ist der Zusatz schwachsinig (feeble minded) gemacht worden. Man könne wohl annehmen, daß dieser Zusatz z. T. verantwortlich sei für die bedeutende Zunahme der Zahlen der Geistesgestörten beim Vergleich der Zahlen von 1891, so daß die letzte Zählung keine vertrauenswürdigen Resultate ergibt. Jedoch hat der Wechsel das gesamte Königreich betroffen, so daß

dessen drei Teile verglichen werden können. Folgende Tabelle enthält die Zahlen der bei der Volkszählung von 1891 und 1901 ermittelten Geisteskranken, die Zunahme und die Prozentsätze derselben.

	Gezählte Geisteskranke		zehnjährige Zunahme		
	1901	1891	in Zahlen	%	per 100000
Vereinigtes Königreich ..	177995	134033	43962	32,80	74,1
England und Wales.....	132654	97383	35271	36,22	72,0
Schottland.....	20291	15462	4829	31,23	69,6
Irland.....	25050	21188	3862	18,22	110,5

Der Bevölkerungsanteil, den England und Wales an der Gesamtbevölkerung des vereinigten Königreichs hatte, wuchs von 1891—1901 von 76,86 auf 78,45% (eine Zunahme von 1,6%), während die Zahl der Geisteskranken sich erhob von 72,65 auf 74,53 (Zunahme von 1,88). — In Schottland stieg die Bevölkerung von 10,67 auf 10,78% (Zunahme von 0,11), während der Satz für Geisteskranke abnahm von 11,54 auf 11,40 (Abnahme von 0,14%). In Irland nahm die Bevölkerung ab von 12,47% auf 10,75% (Abnahme um 1,72%), die Zahl der Geisteskranken sank von 15,81 auf 14,07% (Abnahme um 1,74%).

Das anscheinende Anwachsen der Geisteskranken in Schottland in 10 Jahren um 69,6 Geisteskranke auf 100000 Einwohner ist das geringste, gegen 72 in England und Wales und 110,5 in Irland, 74,1 im vereinigten Königreich. Zur Zeit der letzten Zählung kam 1 Geisteskranker in Schottland auf 220 Einwohner, in England auf 245, in Irland auf 178, im vereinigten Königreich auf 233 Einwohner, so daß Schottland einen mittleren Stand einnimmt. Am Schluß findet sich noch die Bemerkung, daß die Zunahme der zum erstenmal registrierten Geisteskranken (bei uns der ersten Aufnahme) in Schottland betragen habe 2,9 auf 100000 Einwohner, in England 4,5, in Irland 8,8. Die geringste Ziffer hat demnach Schottland. Es bleibt aber die Tatsache, daß im selben Jahr 1902 die Gesamtzahl der zum erstenmal Registrierten in Schottland 62,8 auf 100000 Einwohner betrug, die höchste Ziffer für Schottland in den letzten 29 Jahren.

Der Schottische Lunacy-Board hat versucht, nach eigenen Quellen und den Zensusberichten Auskunft zu geben über das verschieden häufige Vorkommen von Geisteskrankheiten in den einzelnen Grafschaften von Schottland und gibt sorgfältig begründete mögliche Erklärungen für die große Verschiedenheit ländlicher und städtischer Distrikte. Diese Verschiedenheiten sollen wahrscheinlich mehr scheinbare als wirkliche sein, doch scheinen dem Berichterstatter die Argumente nicht überzeugend zu sein.

Die Abhandlung des Board führe aus, in den industriellen Bezirken trete eine größere Zahl schnell genesender und schnell tödlich verlaufender Fälle von Geisteskrankheiten auf, wodurch die Ziffer der Geisteskranken in den industriellen Bezirken herabgedrückt werde. — Später heißt es, daß die geringere Zahl von Imbezillität in den industriellen Bezirken ihre

Erklärung finde in der ungewöhnlich hohen Sterbeziffer der Kinder, die, wenn sie am Leben geblieben wären, eine Anzahl schwachsinniger Kinder geliefert und so die Anteile in beiden Bezirken gleich gemacht hätten. Die Abhandlung des Board habe weiter die Theorie, daß Imbezillität in der Regel der leitende Faktor ist, welcher das verschiedene Vorkommen von Geisteskrankheiten in verschiedenen Bezirken des Landes bestimme, und daß hohe Zahlen von (erworbener) Geisteskrankheit und Idiotie zusammengehen, daß die Bedingungen für Entstehen beider gemeinsam sind. — Alle diese Behauptungen hält der Berichterstatter nicht tatsächlich bewiesen. Es liege einfach die Tatsache vor, daß die Zahl der vorhandenen Geisteskranken in ländlichen Bezirken immer hoch war im Vergleich mit städtischen, und es noch ist, viel größer, als daß man sie auf das häufigere Vorkommen von angeborenen Fällen beziehen könne.

Von Politikern werden vielfach die Nachteile der Wanderung der Bevölkerung vom Lande in die Städte besprochen. Es werde eine unheilbare Degeneration der Bevölkerung dadurch herbeigeführt. — Es liegen einige Anzeichen dafür vor, daß eine körperliche Verschlechterung stattfinde in mehr rapidem Maße in den industriellen Gemeinden als anderswo, aber was die Geisteserkrankungen in Schottland betrifft, so wird die Annahme von deren Zunahme nicht gestützt durch die Tab. X, welche die Zahl der Armen, die jährlich registriert werden, für jede Grafschaft von Schottland angibt. Nach dieser beträgt für die jährlich Registrierten für ganz Schottland die zehnjährige Zunahme von 1893—1902 (berechnet nach der Volkszahl von 1901), im Vergleich mit dem vorhergehenden Dezennium (berechnet nach der Volkszahl von 1891), 7,8 pro 100000. Die Zunahme betrug weiter in den fünf industriellen Grafschaften, wo die Zahl der vorhandenen Geisteskranken am geringsten ist, nur 6,2, in den acht Hochland- und Inselgrafschaften, wo die Zahl der vorhandenen Geisteskranken am höchsten ist, 9,1. Demnach haben allem Anschein nach die physischen Kräfte der schottischen Rasse den übeln Einwirkungen des städtischen und industriellen Lebens widerstehen können.

Der 52. Bericht der Inspektoren of Lunatics (Ireland) für das Jahr bis 31. Dezember 1902. (Ibidem.)

Die Zunahme der Geisteskranken für 1902 beträgt 508, gegen 461 im Jahre 1901. Die Kranken in Distriktsasylen nahmen um 700 zu, die Privatkanen um 13. Die Kranken in Arbeitshäusern nahmen um 227 ab. Die Aufnahme in Asyle von den Arbeitshäusern aus betrugen 879 (160 mehr als im vorigen Jahre). Von 100 verpflegten Geisteskranken am Schluß von 1902 waren in Asylen 79, in Arbeitshäusern 16, in Privatsylen und sonst 5. Eine Local-Government-Verordnung bestimmt, daß alle Geisteskranken aus den Arbeitshäusern entfernt und in Distrikts- oder Hilfsasyle untergebracht würden. Dies hat keinen Erfolg gehabt. Als Beispiel einziger Art bleibt das Youghal

Hilfsasyl. Die Anordnungen für die Verwaltung dieser Institute, welche von dem Komitee für das Cork Asyl ausgehen, scheinen durch klerikale Einflüsse bestimmt zu sein, welche nicht medizinischen Anschauungen entsprechen, die weiteren Experimenten in ähnlicher Richtung entgegenstehen. — Das Asyl steht unter Kontrolle von Nonnen. Ein Arzt wohnt nicht in der Anstalt. Die tägliche ärztliche Visite wird von einem praktischen Arzt aus der Nähe gemacht. Die Anstalt ist vorgesehen für 417 Kranke, welche eingesperrt sind ohne beständige medizinische Fürsorge. Daß dieser entschiedene Rückschritt hat zustande kommen können, scheint ein fragwürdiges Vorgehen von seiten der Exekutive. Die Zahl der Wärter beträgt nach dem Vorschlage des Dr. Kelly, römisch-katholischer Bischof von Roß, der von dem Komitee angenommen ist, 1 auf 40 Kranke, was — in gefährlicher Weise — unangemessen ist. Der Bischof berechnet die Kosten der Unterhaltung auf 15 Pfund pro Kopf (300 M.), gegen 23—25 Pfund in den Distriktsasylen.

Am 1. Januar 1903 wurden Geistesranke in Irland verpflegt in Distriktsasylen 17580, im Zentralasyl Dundrum 169, in Privatasylen 745, in Arbeitshäusern 3539, Einzelranke 105, zusammen 22138 (11503 M. 10635 Fr.).

Die Abnahme der Kranken in den Arbeitshäusern betrug in den letzten vier Jahren 500. Wenn die Abnahme in gleicher Zahl weiter erfolgte, würde es ein Vierteljahrhundert dauern, bis daß die Arbeitshäuser leer von ihnen wären. Wenn die neuen Einrichtungen dann entsprechend wären (nicht in der Weise von Youghall), so würde die Lage der Geisteskranken sehr verbessert sein, und die Anomalie beseitigt sein, daß eine große Zahl von Geisteskranken ungesetzlich in Gefangenschaft gehalten werden. Die aus den Arbeitshäusern in die Distriktsasyle Eingelieferten werden z. T. ersetzt durch Geistesranke in der freien Bevölkerung. Diese haben in den letzten 20 Jahren abgenommen, die Geisteskranken um 747, die Idioten um 1875, zusammen um 2622. Nach der Volkszählung von 1901 waren noch 7700 Geistesranke und Idioten in Arbeitshäusern oder in der freien Bevölkerung. Es handelt sich für die Lokalbehörden nun um das Problem, für die ca. 3600 Kranke in Arbeitshäusern und einen bestimmten Teil von Kranken in der freien Bevölkerung Unterkunft zu schaffen, wenn nicht der Versuch gemacht wird, Geistesranke in Familienpflege zu geben.

Die größte Zunahme haben die Kranken in den Distriktsasylen. In den letzten 25 Jahren betrug die Zunahme des durchschnittlichen Bestandes in den ersten 5 Jahren 213, in den zweiten 5 Jahren 218, in den dritten 5 Jahren 339, in den vierten 5 Jahren 476, in den fünften 5 Jahren 597. Die Mehrzahl des Zuwachses bestand in ersten Aufnahmen, 3173, die Wiederaufnahmen betrugen 774.

Die Genesungsziffer betrug 1902 34,5%, 2% weniger als im vorhergehenden Jahre. Die Aufnahmen aus Arbeitshäusern, welche zum großen Teil aus unheilbaren Fällen bestehen, vermindern die Genesungsziffer. Bei zurückgehender Genesungsziffer und gleichbleibender Sterblichkeitsziffer tritt

eine Zunahme des Bestandes ein, unabhängig von der Zunahme des Bestandes, die durch die vermehrten Aufnahmen bedingt wird.

Die Zahl der gezählten Geisteskranken in Irland betrug 1851 1 Geisteskranker auf 657 Einwohner, im Jahre 1901 1 Geisteskranker auf 178 Einwohner. Die einzelnen Grafschaften sind sehr ungleichmäßig beteiligt. Die industriellen Gewohnheiten, Unternehmung, Gewinn, größere allgemeine Schwierigkeiten der Existenz, wie sie sich in einigen nördlichen Grafschaften finden, scheinen mit einer größeren geistigen Beständigkeit einherzugehen, im Gegensatz zu den mehr indolenten, sensiblen, wandernden Temperamenten, wie man sie im Süden und Westen von Irland antrifft.

Die Sterblichkeitsziffer betrug 7,7 vom durchschnittlichen Bestand. 349 Todesfälle erfolgten infolge von Auszehrung = 26,3% aller Todesfälle (der Durchschnitt der letzten 5 Jahre betrug 27,4%). 44 Todesfälle erfolgten durch allgemeine Paralyse = 3,3% aller Todesfälle (der Durchschnitt der letzten 5 Jahre betrug 3,6%). 4 Todesfälle erfolgten durch Selbstmord, 4 durch Unglücksfall, 1 durch Totschlag, im ganzen 4 weniger als im vorigen Jahre.

Das Vorkommen von Phthise in den einzelnen Asylen zeigt große Verschiedenheiten. Den geringsten Satz mit 5% aller Todesfälle zeigt Belfast, welches hauptsächlich eine städtische Bevölkerung hat, den größten Kilkenny mit 52%. Verf. meint, man würde mehr Einsicht gewinnen, wenn man die Ziffer für Phthise unter der gesunden Bevölkerung der einzelnen Distrikte kennen würde.

Nach Ansicht der Inspektoren hat sich die gesundheitliche Lage der Distriktsasyle im allgemeinen gebessert, es kommen nur wenig Infektionskrankheiten vor. Einen scharfen Tadel erhalten nur zwei Anstalten, Monaghan und Sligo, welche 105 resp. 154 Kranke über die normale Belegzahl verpflegen. Die Gesundheitsverhältnisse sind in beiden mangelhaft, in Sligo ist der Typhus (enteric fever) seit einigen Jahren mehr oder weniger endemisch.

Die Ursachenstatistik sei am wenigsten befriedigend. Erblichkeit wird angegeben in 24% aller Fälle. 414 Fälle werden auf Unmäßigkeit zurückgeführt, = 10½%, was sicher weit unter der Wirklichkeit bleibe.

Der 58. Bericht der englischen Commissioners in Lunacy Juni 1904. Journal of mental science. 1905. Januar.

Der Bericht erstreckt sich auf das Jahr 1903.

Die Commissioners sprechen, wenn sie die Erweiterungsbauten bereits großer Asyle genehmigen, stets ihr Widerstreben gegen diese Genehmigung aus, in diesem Bericht in scharfen Worten. Sie bringen Zahlen bei, welche die ökonomischen Vorteile der großen Bauten — die einzigen, die man geltend machen könnte — in Frage stellen. Bei Mißbilligung der Anstalten mit 2000 Kranken ist speziell Nachdruck darauf gelegt, daß der ärztliche Direktor eine individualisierende Behandlung nicht mehr leisten kann. Er

kann nur verwalten und in den größten muß er die Verwaltung sogar zum Teil auf andere übertragen. — Die größten Bauten resp. Erweiterungsbauten werden von den Behörden leicht bewilligt, während die Commissioners gesetzlich wenig wirksame Kontrollmaßregeln haben. Man wird wohl dazu übergehen, Asyle von einfacher Form und billiger Konstruktion für alte und harmlose chronische Kranke zu errichten. Eine Grenze ist in der Solidität der Bauten gegeben, unter welche nicht herabgegangen werden darf, da die Kosten aus geborgten Geldern bestritten werden, die in 60 Jahren zurückgezahlt werden müssen. Ein Teil der Kranken erfordert eine mehr freigiebige Behandlung, ein anderer Teil weniger. Für die letzteren würden billigere Wohnungen den Zweck erfüllen.

Die Commissioners führen gegen die großen Anstalten auch an, daß in ihnen Dysenterie und Typhus häufiger vorkämen. Verf. meint, es müsse erst festgestellt werden, ob die Kranken der großen Anstalten, die oft aus dichter bewohnten Bezirken herkämen, die Disposition zu jenen Krankheiten nicht schon mit in die Anstalt brächten. Ferner meint er, daß, wenn neue Asyle in der Richtung des Villensystems ausgestattet würden, manche der Unzuträglichkeiten auch großer Anstalten beseitigt werden könnten.

Grafschafts- und städtische Asyle. 5 neue Asyle sind im Jahre 1903 hinzugekommen, so daß deren Zahl jetzt 87 beträgt. Eins der neuen, das Ost-Sussex Asyl, hat ein abgetrenntes Hospital für akute Erkrankungen, einen Kinder-Häuserblock für Idioten und Imbezille und 4 Villen. — Die Ewell-Epileptic Colonie für die Grafschaft London ist das erste Asyl nach kolonialem System, welches in England aus Steuerbeträgen erbaut ist. Es ist bestimmt für gesonderte und spezielle Behandlung der geisteskranken Epileptiker. In den Grafschafts- und städtischen Asylen fand im Jahre 1903 eine Zunahme statt von 2540, um 1209 weniger als im vorigen Jahre. Von den 84549 Kranken am 1. Januar 1904 waren 2193 Privatkranke.

Ein Wärter wurde von einem Kranken erschlagen.

Man plant weiter den Bau neuer Asyle. London hat eben sein zehntes Asyl für 2000 Kranke gegründet, und die Commissioners drängen auf den Bau wenigstens des elften Asyls.

Fälle von Infektionskrankheiten kamen vor, von Influenza, Scharlach, Erysipelas, Typhus, Dysenterie, Tuberkulose und Diphtherie (2 Fälle). — Typhus (enteric fever) soll seltener vorgekommen sein als in den letzten Jahren, dagegen Dysenterie häufiger.

54 Asyle berichten Fälle von Dysenterie und Diarrhöe, 8 solche von Dysenterie allein, 13 von Diarrhöe allein, während in 12 Asylen nichts derart vorkam.

Eingeschriebene Geisteskranke waren am 1. Januar 1904 vorhanden 117199, 3255 mehr als ein Jahr vorher, während die durchschnittliche Zunahme in den letzten zehn Jahren 821 war. Die obige Zahl ergibt auf 10000 Einwohner 34.71 Geisteskranke, oder 1 Geisteskranker kommt auf

288 Personen. Die Ziffer für das vorige Jahr betrug 34.14. Von 1859 bis 1904 ist die Zunahme der armen Kranken ziemlich gleichmäßig gewesen, während die Privatkranke stetig zunahmen bis 1879, dann abnahmen bis 1899, seit welcher Zeit wieder eine Zunahme stattfindet.

Aufnahme. Mit Ausschluß der Idiotenanstalten und der Aufnahme infolge von Versetzungen und Wiederaufnahme infolge gesetzlicher Vorschrift (zur Aufnahme ist ein gerichtliches Zertifikat erforderlich, das nur auf bestimmte Zeit erteilt wird. Ist nach Ablauf derselben die Verpflegung weiter erforderlich, so wird es von neuem ausgestellt. Dies gilt als neue Aufnahme) wurden im Jahre 1903 aufgenommen in Anstalten und als Einzelkranke 22217 Kranke, von denen 82,6% erste Aufnahmen waren. Dies macht 6,66 Kranke auf 10000 Einwohner, für die zum erstenmal Aufgenommenen 5,50. Im vorigen Jahr betrug die erste Zahl 6,93.

Grad der Zunahme der Geisteskrankheiten. Im vorjährigen Bericht hatte Verf. speziell eine besondere Zunahme der über 65jährigen Geisteskranken im Verhältnis zur Bevölkerung derselben Altersstufe nachgewiesen. Sein Wunsch, dieselbe Untersuchung auch auf die jüngeren Altersstufen ausgedehnt zu sehen, ist von dem Bericht der Commissioners erfüllt worden. Dieser nimmt als Basis der Untersuchung die Zensus-Berichte 1891 und 1901. In diesem Dezenium nahm die Bevölkerung zu um 12,2%, der Bestand der Geisteskranken, soweit er dem Board bekannt war, um 24,4. Die Zunahme der Geisteskranken im Verhältnis zur Bevölkerung betrug von 1891 bis 1901 10,9%.

Der Bericht der Commissioners gibt noch zwei Tabellen. Die eine unterscheidet bei der Aufnahme der Geisteskranken erste Anfälle und nicht erste Anfälle. Die zweite Tabelle trennt, für die Jahre 1891 und 1901, die Bevölkerung, den Bestand der Geisteskranken und die durchschnittliche Zahl der jährlichen Aufnahme der Geisteskranken in zwei Gruppen: a) die erste umfaßt die Altersstufe von 20—54 Jahre, und b) die zweite die Altersstufe von 55 Jahre und darüber. Für die erste Altersstufe (20—54 Jahre) nahm der Bestand der Geisteskranken im Verhältnis zur Bevölkerung zu von 1891—1901 um 12% für die Männer und 10% für die Frauen. Die Zahl der Aufnahme im Verhältnis zur Bevölkerung zeigt eine Zunahme von 4,79% für die Männer und 3,21 für die Frauen.

Für die Altersstufe von 55 Jahren und darüber zeigt der Irrenbestand im Verhältnis zur Bevölkerung von 1891—1901 eine Zunahme von 19,8 für die Männer und 21,8 für die Frauen. Bezüglich der Aufnahme lauten die Zahlen: 21,6 und 18,19. — Demnach ist sowohl bezüglich des Bestandes der Geisteskranken, als auch besonders bezüglich der Aufnahme die Zunahme auf den Altersstufen bis 54 Jahren eine namhaft geringere, als auf den späteren Altersstufen.

Es ist noch weiter zu wünschen, daß eine ähnliche Berechnung nur für die erste Aufnahme der Geisteskranken stattfindet.

46. Jahresbericht des General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland, 1904. (Ibidem.)

Der Bericht erstreckt sich auf das Jahr 1903.

In allen drei Teilen des vereinigten Königreichs hat sich die Zahl der frischen Fälle von Geisteskrankheiten (Aufnahmen) vermindert, am meisten in England, am wenigsten in Irland, wie folgende Zusammenstellung ergibt. Auf 1 Million Einwohner kamen frische Fälle von Geisteskrankheiten (Aufnahmen):

	Jahr 1902	1903	Abnahme in 1903
Vereinigtes Königreich	601	578	23
England und Wales	576	550	26
Schottland	628	607	21
Irland	762	755	7

Den Grund für diese Abnahme kann man schwer angeben. Das Jahr 1903 hatte keinen besonders hervorstechenden Charakterzug, weder in industrieller, noch sozialer, noch politischer Beziehung.

Im Jahre 1903 fand eine Zunahme in der Gesamtzahl der registrierten Kranken statt, bei den Privatkranken um 109, bei den Armen um 96. Die Zahl der armen Kranken in Anstalten fiel während des Jahres auf 10000 Arme von 250 auf 249. Ein solches Fallen ist seit 1883 nicht dagewesen. Die geringe Zunahme der armen Kranken in Anstalten ist begleitet von einer bemerkenswerten Zunahme der Privatkranken in Anstalten. Die Zunahme betrug 111, welche Ziffer früher nie erreicht ist. Ein Zusammenhang zwischen der hohen Ziffer der Privatkranken und der niedrigen der armen Kranken liegt vielleicht vor, doch nicht etwa so, daß ein Teil der armen Kranken Privatkanke geworden ist. Ob etwa eine größere Zahl von Privatkranken aus England und Schottland aufgenommen ist, darüber sagen die Commissioners nichts. Die Genesungsziffer zeigt in fast allen Arten von Anstalten eine merkbare Verbesserung in den letzten 4 Jahren im Vergleich zu den vorhergehenden zwei fünfjährigen Perioden. Dagegen hat die Sterblichkeitsziffer zugenommen. Sie betrug für die letzten 4 Jahre zirka 9⁰/₀ vom durchschnittlichen Bestand, gegen 8,5⁰/₀ und 8,2⁰/₀ für die beiden fünfjährigen Perioden, welche 1894 und 1899 endeten. Ein Teil der Zunahme fällt auf die allgemeine Paralyse, welche verschuldet 22,8⁰/₀ der männlichen und 5⁰/₀ der weiblichen Todesfälle, gegenüber 22,4 resp. 4,9 in der vorhergegangenen fünfjährigen Periode.

Die Berichte zeigen die zunehmende Sorgfalt in Behandlung der tuberkulösen Krankheiten, denn der Prozentsatz der Todesfälle an Auszehrung ist auf 12,5⁰/₀ gefallen, gegen 14,1 im Jahre 1902. In den Grafschafts- und städtischen Asylen in England betrug dieser Satz 17,4⁰/₀, in den Distriktsasylen in Irland 26,5⁰/₀.

Das Jahr 1903 hat einen ungünstigen Zug, die hohe Zahl der Selbstmorde. Diese Zahl betrug 9 gegen 3 in 1902. Auf einen durchschnittlichen

Bestand von 10000 Kranken kamen in königlichen und Distriktsasylen in Schottland im Jahre 7,66 Selbstmorde vor, während in Grafschafts- und städtischen Asylen in England 2,05, in den Distriktsasylen in Irland 1,68 Selbstmorde vorkamen. Die hohe Ziffer ist wahrscheinlich zufällig und nicht etwa begründet in der großen Freiheit für die Kranken, wie sie die schottischen Asyle auszeichnen.

Eine besondere Erörterung finden die Asylfarmen und die Verwendung der Kranken zu Arbeiten außer dem Hause. Die englischen Commissioners fordern für einen Asylkranken $\frac{1}{10}$ Acker (1 Acker = zirka 0,4 Hektar = zirka 1,6 preußischer Morgen). Die schottischen Commissioners halten $\frac{1}{2}$ Acker pflugbaes Land für die meisten Asyle nicht mehr als ausreichend. Wenn das englische Armen-Irrenwesen nach schottischen Ansichten eingerichtet wäre, so würden in Anstalten 5525 Kranke weniger, in Arbeitshäusern 9245 Kranke weniger, in Privatwohnungen (Familienpflege) 14770 Kranke mehr sein. Die Ersparnis an verminderter Zahl der Asylkranken würde an Unterhaltung und Miete 155000 Pfund im Jahre betragen. Dagegen würde England ein Kapital von 3 Millionen Pfund aufzubringen haben, um das schottische Maß von $\frac{1}{2}$ Acker pro Kranken aufzubringen.

53. Bericht of the Inspectors of Lunatics (Ireland), für das Jahr mit dem Ende 31. Dec. 1903. (Ibidem.)

Am Schluß des Jahres wurden 22794 Geisteskranke in Irland versorgt, 656 mehr als im vorigen Jahr, welches 508 mehr hatte als 1901.

Die Zahl der Kranken in Distriktsasylen nahm zu um 514, die in Privatasylen um 28, die in Arbeitshäusern um 121. — Die Gesamtzahl der Aufnahmen in Distriktsasylen nahm zu um 3. Die ersten Aufnahmen nahmen im Verhältnis zum Vorjahre um 48 ab, die wiederholten Aufnahmen um 51 zu.

Berechnet zu den Aufnahmen genasen 36,7%, um 2,2% mehr als in 1902.

Die Sterblichkeitsziffer, berechnet zum durchschnittlichen Bestand, betrug 7,8%, gegen 7,7% in den letzten zehn Jahren. — 7 traurige Zufälle kamen in den Distriktsasylen vor, 3 Selbstmorde, 3 Unglücksfälle und 1 Totschlag.

Die durchschnittliche Unterhaltungskosten pro Kranken berechnet, nach den Bruttokosten, betrugen 30 Pfund, 9 Schilling, 7 d, die Nettokosten der Unterhaltung, ausschließlich der Anleihe-Rückzahlungskosten: 23 Pfund, 16 Schilling, 1 d (oder 10 $\frac{1}{6}$ Schilling (Mark) mehr als im vorigen Jahre. Die Gesamtkosten für die Unterhaltung der Geisteskranken in Irland betrugen 547088 Pfund, bei durchschnittlich 17930 Kranken.

Die Zahl der Kranken in Arbeitshäusern, welche in den vier vorhergehenden Jahren abgenommen hatte um 125 durchschnittlich jährlich, nahm 1903 um 121 zu. — Die Aufnahme aus Arbeitshäusern in Asyle fiel von 879 in 1902 auf 810 in 1903.

Die Todesfälle infolge von Auszehrung betrugen 368 von insgesamt 1389 Todesfällen = 26,5%, während der Durchschnitt des vorhergehenden Dezenniums 28,1 betrug. 52 Todesfälle traten ein infolge allgemeiner Paralyse = 3,7%, gegen 3,5 im vorhergehenden Jahrzehnt. Die Epilepsie lieferte genau dieselbe Ziffer = 3,7%, gegen 5% im vorhergehenden Jahrzehnt.

Der Gesundheitszustand erschien in einigen Distriktsasylen nicht befriedigend. Es werden berichtet in einer Anstalt mehrere Fälle von Dysenterie, ferner Typhus, Erysipelas, Diarrhöe und Influenza, mit einigen Todesfällen. In Castleb-Arasyll erfolgte der Ausbruch von Typhus, dessen Ursache wahrscheinlich die Nähe eines Sumpfes war, mit dem die Drainröhren der Anstalt anscheinend in Verbindung standen. Die Inspektoren haben auf die tadelnswerte Lage der Dinge wiederholt aufmerksam gemacht. Es sollte der Sache ein Ende gemacht werden, wenn nötig durch ein Zwangsverfahren seitens des Lunacy Departements.

In Ennis fand ein Typhusausbruch statt, wo die Drainage und die Wasserzuleitung beide schweren Verdacht erregten. — In Londonderry Asyl war die Sterblichkeitsziffer ungewöhnlich hoch, 13,3% vom durchschnittlichen Bestande. Hier erfolgte der dritte Teil der männlichen Todesfälle an Phthisis, an Pneumonie starben 17 weibliche Kranke. Überfüllung ist wohl eine Mitursache dieser zum Teil vermeidbaren Krankheiten.

Die Arbeitshäuser werden weiter als Pflegestätten für Geisteskranke sehr getadelt, zum Teil das Wartepersonal, besonders die Unreinlichkeit in den Arbeitshäusern. Das einzige Mittel dagegen sei, die Geisteskranken aus den Arbeitshäusern in Asyle zu schicken, und die Idiotenabteilungen in denselben eingehen zu lassen.

Grunau, Elbing, Über Frequenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in den öffentlichen preußischen Irrenanstalten von 1875 bis 1900. Halle a. S., Marhold. 1905.

Welch große Ausdehnung die Irrenfürsorge in Preußen von 1875 bis 1900 genommen hat, weist Verf. an folgenden Zahlen nach: Für 1875 sind aufgeführt:

46 öffentliche Anstalten mit	14512	Verpflegungsfällen
<u>72 private</u>	<u>4249</u>	"
zusammen 118 Anstalten mit	18761	Verpflegungsfällen.

für 1900 dagegen

104 öffentliche Anstalten mit	58554	Verpflegungsfällen
<u>144 private</u>	<u>17788</u>	"
zusammen 248 Anstalten mit	76342	Verpflegungsfällen.

Die Zahl der Anstalten hat sich also in 26 Jahren mehr als verdoppelt, die Zahl der Verpflegungsfälle mehr als vervierfacht.

Aus dieser starken Vermehrung der Irrenanstalten und der verpflegten Geisteskranken darf man nicht den Schluß auf entsprechende Vermehrung der Geisteskranken in der Bevölkerung ziehen.

Die Resultate der Irrenzählungen in der Bevölkerung fallen sehr verschieden aus. In den vierziger Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde in Ostpreußen, als die erste Irrenanstalt errichtet werden sollte, eine Irrenzählung in der Bevölkerung veranstaltet. In manchen Verwaltungskreisen, die 30000 und mehr Einwohner hatten, wurde kein einziger Geisteskranker entdeckt.

Gelegentlich der Volkszählung 1895 wurde in Preußen und Sachsen eine Irrenzählung vorgenommen, ohne ärztliche Mitwirkung. In Preußen wurden 2,6, in Sachsen 2,5 Geisteskranke auf 1000 Einwohner ermittelt.

Eine Zählung im Kanton Bern ohne ärztliche Mitwirkung im Jahre 1871 ergab auf 1000 Einwohner 5,6 Geisteskranke; eine Zählung unter ärztlicher Kontrolle 1902 8,5 Geisteskranke.

Bei einer Irrenzählung gelegentlich der Volkszählung im Kanton Zürich am 1. Dezember 1889 (vgl. auch Literaturbericht zum 57. Band pro 1899) wurde bei einer Einwohnerzahl von fast $\frac{1}{3}$ Million bereits auf 103 Einwohner ein Geisteskranker ermittelt. In diesem Fall war die Zählung einer mehrfachen Kontrolle und ärztlichen Beurteilung unterworfen. Als geisteskrank wurde schon jede Person angesehen, die vermöge ihrer geistigen Beschaffenheit sich nicht selbst ernähren oder ihre Angelegenheiten nicht selbst besorgen konnte, wenn sie auch sonst keine hervorragenden psychischen Krankheits-symptome darbot.

Wo bisher in größeren Bezirken oder ganzen Ländern oftmals Irrenzählungen mit Sorgfalt ausgeführt worden sind, hat sich das Verhältnis ergeben, daß mindestens 4—5 Geisteskranke auf 1000 Einwohner kommen, oder auf 250—200 Einwohner kommt ein Geisteskranker. (Nach dem vorstehenden 45. Jahresbericht über das Irrenwesen in Schottland kam nach der letzten Irrenzählung gelegentlich der Volkszählung 1901 in England ein Geisteskranker auf 245 Einwohner, in Schottland auf 220, in Irland auf 178 Einwohner, im vereinten Königreich auf 233 Einwohner.) Verf. fährt fort: Großstädte, für sich allein genommen, weisen eine höhere Zahl von Geisteskranken auf, weil dort die krankmachenden Einflüsse, wie Not und Elend, der rastlose verschärfte Kampf ums Dasein, die Jagd nach Ehre, Ruhm und Reichtum, die Genußsucht und Laster aller Art, sich häufen usw. Diese Ansichten und Gründe sind wohl bei uns die herrschenden. Es ist angemessen, auf englische Stimmen entgegengesetzter Ansicht aufmerksam zu machen, wie sie in diesem Literaturbericht wiederholt mitgeteilt sind. In dem vorstehenden 45. Jahresbericht über das Irrenwesen in Schottland sagt der Bericht-erstatte: Es liegt einfach die Tatsache vor, daß die Zahl der vorhandenen Geisteskranken in ländlichen Bezirken immer hoch war im Vergleich mit städtischen, und es noch ist usw. Die zehnjährige Zunahme von 1893—1902 der jährlich registrierten Geisteskranken betrug für ganz Schottland, berechnet

zur jedesmaligen Bevölkerungszahl, 7,8 Kranke auf 100000 Einwohner, ferner in fünf Industriebezirken, wo die Zahl der vorhandenen Geisteskranken am geringsten war, nur 6,2, in acht Hochland- und Inselgrafschaften, wo die Zahl der vorhandenen Geisteskranken am höchsten war, 9,1. — (Aus späteren Mitteilungen ergibt sich, daß in Preußen Bezirke mit industriellem Hochstand keine besonders hohe Zahl von Anstaltsgeisteskranken haben, dagegen die Großstadt Berlin.)

Die Ursache für die zunehmende Zahl der Irrenanstalten und der versorgten Geisteskranken sieht Verf. in anderen Gründen. Zunächst kommt die zunehmende Einwohnerzahl Preußens in Betracht, dann die zunehmende Verbesserung der Anstalten, die Entfernung der mechanischen Zwangsmittel, Verminderung der medizinischen Beruhigungsmittel, Aufhebung der Isolierung, größere Freiheit, frische Luft, körperliche Tätigkeit, Einrichtung von Wachabteilungen, bessere Beköstigung usw. Dadurch ist das Vertrauen der Bevölkerung zu den Irrenanstalten immer mehr gehoben, und so die Zuführung der Kranken gefördert.

Ferner kommt zur Erwägung der § 81 der StPrO. mit seinen Folgen. Ferner wurden zur Beobachtung geistig verdächtiger Strafgefangenen und Behandlung der geisteskranken in Verbindung mit Gefängnissen Stationen errichtet, zuerst 1888 im Moabiter Zuchthause, nach 1900 noch in Breslau, Graudenz, Köln und Halle a. S. (In Düren ist diese Station in Verbindung mit der Provinzial-Irrenanstalt errichtet. Ref.)

Besonders wichtig wurde für Preußen das Gesetz vom 11. Juli 1891, welches am 1. April 1893 in Kraft trat und den Landarmenverbänden erhöhte Verpflichtungen auferlegt „für Bewachung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptiker, Taubstummen und Blöden, so weit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen“.

Verf. setzt hierauf die Methode seiner statistischen Bearbeitung, die Konstruktion seiner Tabellen auseinander. Er bespricht den Unterschied, der in den amtlichen Veröffentlichungen zwischen „Verpflegungsfällen“ und „verpflegten Individuen“, und ferner zwischen „Heilungen“ und „geheilten Individuen“ gemacht wird. — Die Summe der jährlichen Verpflegungsfälle in der einzelnen Anstalt wird gebildet aus dem Krankenbestande am 1. Januar und dem Zugang im Laufe des Jahres. — Ein Teil des letzteren kommt direkt aus einer anderen preußischen Irrenanstalt, ist dort schon gezählt und wird nach der Überführung nochmals gezählt. So bildet ein Individuum zwei, oder bei wiederholtem Anstaltswechsel in demselben Jahr noch mehr Verpflegungsfälle für die Gesamtheit. Auch die wiederholten Aufnahmen im Jahr der Entlassung vermehren die Zahl der Verpflegungsfälle, aber nicht die der verpflegten Individuen. In der einzelnen Anstalt sind die Zahlen für beide Kategorien nur dann verschieden, wenn dieselben Kranken in demselben Jahre dieselbe Anstalt wiederholt frequentieren.

Nach Verf. kommen nach den beigebrachten Zahlen in den öffentlichen und privaten Irrenanstalten Preußens zusammen von 1876 bis 1900 auf 100 verpflegte Individuen 107,06 Verpflegungsfälle.

Bezüglich der Heilerfolge bedingt der Umstand, daß mitunter ein und derselbe Kranke in demselben Jahre wiederholt als geheilt zur Entlassung kommt, gleichfalls eine Unterscheidung zwischen Heilungen und geheilten Individuen. Es kommen für die obigen Anstalten und Zeit auf 100 geheilte Individuen 102,36 Heilungen.

Für die obigen preußischen Anstalten und die genannte Zeit beträgt von der Zahl der verpflegten Individuen die Zahl der geheilten Individuen 5,92 0/0, von der Zahl der Verpflegungsfälle die Zahl der jährlichen Heilungen 5,66 0/0.

Ferner beträgt von der Zahl der verpflegten Individuen die Zahl der Todesfälle 7,21 0/0, von der Zahl der Verpflegungsfälle 6,74 0/0.

Verf. hat in seinen Tabellen nur Verpflegungsfälle für jedes Jahr, zu denen die Heilungen und Todesfälle desselben Jahres berechnet sind. Die Verpflegungsfälle jedes Jahres bestehen demnach aus dem Bestande beim Beginn des Jahres plus den Aufnahmen desselben Jahres. Die Summe der 26 Jahre von 1875—1900 enthält dann die Verpflegungsfälle aller Jahre summiert.

Man kann diese Art von statistischem Vorgehen nicht billigen, keine exakten Resultate davon erwarten. Bei jeder statistischen Arbeit liegt eine Gruppe von Objekten, Gegenständen, Vorgängen usw. vor, welche in Teile zerlegt wird, je nachdem diese besondere Eigenschaften haben, welche den andern Teilen nicht zukommen. Diese Teile werden dem Ganzen gegenübergestellt, etwa als Prozente dazu berechnet. So ist es bei Volkszählungen, wo die ganze Bevölkerung je nach Geschlecht, Alter, Beruf usw. in Teile zerlegt wird. Oft werden mehrere Eigenschaften kombiniert, so Konfession mit Geisteskrankheit, Taubstummheit usw. Bei den Irrenanstalten wird die Gesamtzahl der Kranken von den Aufnahmen gebildet, zu denen bei bereits im Betrieb befindlichen Anstalten der Bestand beim Beginn des ersten Jahres der Untersuchung kommt. Zu diesem Bestande beim Beginn des Jahres, mit dem die Untersuchung beginnt, und den Aufnahmen dieses Jahres, kommen bei Untersuchungen größerer Zeiträume die Aufnahmen aller folgenden Jahre. So werden alle Fälle vorgeführt, aber nur als einheitliches Ganze, zu dem die Gruppen mit besondern Eigenschaften festgestellt, als Prozente berechnet werden. Diese Eigenschaften, Geschlecht, Form, Erblichkeit, Krankheitsdauer vor der Aufnahme, Lebensalter, Genesung usw. können zum Teil sofort bei der Aufnahme festgestellt werden, zum Teil erst nach längerer Zeit, zum Teil sogar erst nach einigen Jahren.

Da die Geisteskranken in den Provinzialanstalten oft dreißig Jahre und noch länger leben, so bringt die Vorführung des Bestandes beim Beginn jedes Jahres in Verbindung mit den Aufnahmen desselben eine immer größer werdende Zahl von unheilbaren Fällen vor, von denen die dazu gehörigen

wirklich erfolgten Heilungen schon vor vielen Jahren berechnet sind. So waren die Heilungsprozente des Jahres 1875 von 8,08% schon damals durch eine große Zahl Unheilbarer unter den Verpflegungsfällen zu einer den Tatsachen nicht entsprechenden Tiefe herabgedrückt. Der noch mehr angewachsene Bestand unheilbarer Fälle mindert die Heilungen des Jahres 1900 noch mehr herab, so daß deren niedrige Ziffer (4,37%) zum Teil hierauf zu beziehen ist.

Unsere Staatsstatistiker befolgen jedoch auch richtigere Methoden. Vor mir liegt ein Aufsatz von Professor *P. Mayet*, Mitglied des Kaiserlichen statistischen Amtes (Berlin): Die Verwandtenehe und die Statistik. (Jahrbuch der internationalen Vereinigung für vergleichende Rechtswissenschaft usw., VI. und VII. Band.) Er hat (Tabelle 6 usw.) für die Jahre 1884—97 vom Zugang (von den Aufnahmen) die Geschlechter, Formen, Erblichkeit und Blutsverwandtschaft der Eltern festgestellt und ist zu beachtenswerten Resultaten gekommen.

Es ist angemessen, hier einzugehen auf die Zählkarten und Tabellen für die Statistik der Irrenanstalten, aufgestellt von dem Verein der deutschen Irrenärzte, Berlin, Reimer 1874, beigelegt dem 6. Heft, 30. Band der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie. — Tabelle I, Allgemeine Bewegung der Bevölkerung, unterscheidet bei den Aufgenommenen: 1. Aufnahme, wiederholte Aufnahme mit oder ohne vorherige Genesung, versetzt von einem anderen Asyl. Die wiederholten Aufnahmen ohne vorherige Genesung bleiben dann bei den folgenden (7) Tabellen, welche die Aufnahme betreffen, fort. Im übrigen ergeben sich die Zahlen für die Personen und die Aufnahmefälle. Die Tabelle I enthält nach Aufführung der gewöhnlichen Formen noch einen „Anhang: Delirium potatorum“. — Hier ist also eine grundsätzliche Scheidung dieser Form von den andern Formen vollzogen. Die übrigen Tabellen führen unter den Formen das Delirium potatorum nicht mehr auf. — Die Tabellen II—VIII behandeln die Aufnahmen, nach den verschiedenen zu bearbeitenden Gesichtspunkten, darunter die Erblichkeit in vier Untertabellen, entsprechend den vier Formen. Hier ist ausdrücklich bemerkt, daß die genauere Rubricierung nur bei den ersten Aufnahmen stattfindet. — Tabelle IX und X behandeln die Genesungen, nach Zahl der Aufnahmen und Erblichkeit, und nach Krankheitsdauer vor der Aufnahme, nach Form und Erblichkeit. Hier findet also eine Beziehung statt zu den entsprechenden Kategorien der Aufnahme, in Tabelle X ist ausdrücklich darauf verwiesen.

Diese Tabellen sind seitdem von einer Reihe von Anstalten in dieser bestimmten Form bearbeitet und werden es noch jetzt. Die Bearbeitung der Statistik ist meist nicht unter dem maßgebenden Einfluß der Direktoren ausgeführt, sondern jüngeren Kollegen überlassen, welche die Arbeit nach eigenem Ermessen ausführen. Es ist dabei noch auf die Berechnung der Genesungen einzugehen. Vielen drängt sich der Gedanke auf, die Prozentberechnung nach der Summe der Ausgeschiedenen anzustellen, da diese Berechnung in sich sachlich richtige Resultate ergibt. Aber diese Resultate

enthalten keine Antwort auf die gestellte Frage: Wie viele vor den Aufnahmen nach Zahl der Aufnahmen, Erbllichkeit, Krankheitsdauer von der Aufnahme, Form usw. genesen überhaupt? Hier kann nur Auskunft erhalten werden durch die Beziehungen der einzelnen Kategorien der Genesungen zu den betreffenden Kategorien der Aufnahmen. Es entsprechen denn allerdings die Genesungen der einzelnen Jahre nicht vollkommen den Aufnahmen derselben Jahre, doch findet die entsprechende sachliche Beziehung bei Summierung mehrerer Jahre statt, und sind die Resultate um so richtiger, je größer die Anzahl der Jahre ist. — Bei akuten körperlichen Krankheiten, Typhus, Cholera, Pneumonie usw. ist diese Berechnung der Genesungen nach den Aufnahmen selbstverständlich, für Irrenanstalten in dem Fall, daß der ganze Bestand im Verlaufe des Jahres sich erneuert, speziell beim Delirium potatorum.

Der letzte Satz gilt in seinem ganzen Umfange auch für die Berechnung der Todesfälle. Bei Berechnung der Sterblichkeit der gewöhnlichen Formen von Geisteskrankheiten, speziell bei den Provinzialanstalten, greifen andere Erwägungen Platz. Bei diesen findet in der ersten Zeit eine größere Sterblichkeit statt, welche sich allmählich vermindert und später bei einem Teile der gewöhnlichen Sterblichkeit derselben Altersklassen der Bevölkerung anscheinend nahe kommt. Man hat daher eine Methode anzuwenden, welche der Methode der Sterblichkeitsberechnung der Bevölkerung entspricht, mit deren Resultaten ja auch ein Vergleich stattfinden muß. Dies ist die Berechnung zum durchschnittlichen täglichen Bestand des betreffenden Jahres, der einfach in die Zahl der Todesfälle desselben Jahres dividiert wird. Liegen mehrere Jahre vor, so hat man das arithmetische Mittel des Bestandes der betreffenden Jahre in die Zahl der durchschnittlichen Todesfälle derselben Jahre zu dividieren. — Durch diese Methode wird der verschiedenen Aufenthaltsdauer der Kranken Rechnung getragen, welche bei manchen Provinzialanstalten viel länger ist, als bei manchen städtischen usw. Anstalten.

Die prägnanteste Gegenüberstellung in dieser Hinsicht gibt Verf. auf S. 29. Darnach betrug die durchschnittliche Verpflegungszeit für jeden Kranken auf der Irrenabteilung der Berliner Charité in 24 Jahren 22 Tage, in der Departements-Irrenanstalt zu Düsseldorf 335 Tage. Die Kranken der letzteren wurden daher $23 : 335 = 15$ mal so lange verpflegt, als in der Charité.

Die Ziffer des durchschnittlichen Bestandes des betreffenden Jahres kann in manchen Anstalten einfach so berechnet werden, daß die Zahl der Verpflegungstage des betreffenden Jahres, die vielfach aus administrativen Gründen berechnet wird, durch 365 resp. 366 dividiert wird. Sonst wird er annäherungsweise so berechnet, daß zum Bestande beim Beginne des Jahres die Hälfte des Zugangs addiert, und von dieser Summe die Hälfte des Abgangs (der auch aus dem Bestande beim Beginn des Jahres erfolgt) subtrahiert wird, oder so, daß einfach das Mittel aus dem Bestande beim Beginn und beim Ende des betreffenden Jahres genommen wird. — Von der Berech-

ung der einzelnen Todesursachen zur Gesamtheit der Todesfälle wird später noch gesprochen werden.

Es mag noch bemerkt werden, daß in England, Schottland und Irland mit der viel größeren staatlichen Versorgung der Geisteskranken, außer der Zahl des Bestandes (und der Zahl der bei der Irrenzählung gelegentlich der Volkszählung ermittelten Geisteskranken), die Zahl der jährlich registrierten Geisteskranken (Aufnahmen) und der zum erstenmal Aufgenommenen berichtet wird. Es findet die Berechnung der Genesungen zu den Aufnahmen und die Berechnung der Sterblichkeit jedes Jahres zum durchschnittlichen täglichen Bestande statt, wie dies seit Jahren an dieser Stelle ausgeführt ist.

Wenn auch das von *Grunau* befolgte Verfahren keine sachlich richtigen Resultate ergeben kann, so wäre es doch möglich, daß manche richtige Beziehungen unter den untersuchten Eigenschaften sich erhalten hätten. Zur Klarstellung hierüber sind einige einfache *Grunausche* Resultate mit anderen zusammengestellt worden, die in richtiger Weise nach den Aufnahmen berechnet wurden. Die erste Zusammenstellung enthält die Formen:

	Einfache Seelen- störung	Para- lyse	Epi- lepsie	Idiotie	Delirium potatorum
<i>Grunau</i> Verpflegungsfälle 1875—1900	72,7	8,8	9,3	9,2	—
<i>Mayet</i> Aufnahmen 1884—1897	65,7	14,7	9,0	10,6	—
<i>Grunau</i> Verpflegungsfälle 1875—1900	70,23	8,52	9,02	8,89	3,34
<i>Grunau</i> Verpflegungsfälle 1900	66,6	8,0	10,7	12,4	2,3
Aufnahmen 1902 (Heft 187)	60,6	11,7	10,7	10,0	5,0

der *Grunauschen* Verpflegungsfälle von 1875—1890 mit den Aufnahmen von 1884—1897 nach den *Mayetschen* Angaben. Da letzterer das Delirium potatorum fortgelassen hat, so hat auch bei *Grunau* die Berechnung zur Summe der ersten vier Formen stattgefunden. Es ergibt sich dann zunächst, daß beiderseits die großen und die kleinen Zahlen bei denselben Formen sich finden. Die größten Unterschiede finden sich einerseits bei der einfachen Geistesstörung, wo der *Grunausche* Satz viel höher ist, denn bei den Paralytikern, wo er viel niedriger ist als bei den Aufnahmen. Die Fälle der einfachen Geistesstörung haben durchschnittlich die längste Aufenthaltsdauer, häufen sich daher im Bestande mehr an, umgekehrt die Fälle von Paralyse. Die Zahl für die Epileptischen unterscheiden sich am wenigsten.

Die zweite Zusammenstellung enthält die Prozentsätze der Formen der *Grunauschen* Verpflegungsfälle von 1875—1900 und die des Jahres 1900 mit den Aufnahmen des Jahres 1902 nach Heft 187 des preußischen Staates. Man kann hier dieselben Bemerkungen machen, wie vorher, die großen Zahlen bleiben beiderseits groß, die kleinen klein. Die Verpflegungsfälle der einfachen Geistesstörung stehen in ihrem Prozentsatz namhaft höher,

als die Aufnahmen, die der Paralytiker, und hier in höherem Grade die des Delirium potatorum, namhaft niedriger. Die Epilepsie verändert ihren Satz am wenigsten. — Das Resultat ist demnach, daß die Veränderungen, welche die Prozentsätze der einzelnen Formen bei den Verpflegungsfällen gegenüber den Aufnahmen erleiden, durch die durchschnittliche Aufenthaltszeit der einzelnen Formen bedingt werden. Die Formen mit der längsten Aufenthaltszeit wachsen im Bestande, der den größeren Teil der Verpflegungsfälle liefert, mehr an (einfache Seelenstörung), die mit kürzerer Aufenthaltszeit treten im Bestande zurück (Paralyse), die mit der kürzesten am meisten (Delirium potatorum).

Die amtlichen Berichte über den Bestand am 31. Dezember und den am 1. Januar des neuen Jahres stimmten in den 26 Jahren nur einmal genau überein. Sonst kamen Differenzen bis zur Höhe von 889 Fällen vor. Es sei dies auf mangelhafte Nachrichten aus den Anstalten zurückzuführen.

Die „Nichtgeisteskranken“ in den öffentlichen Irrenanstalten, welche in den amtlichen Tabellen mitgeteilt werden, sind fast ausschließlich Untersuchungsgefangene, die auf Gerichtsbeschluß zur Feststellung ihres Geisteszustandes in die Irrenanstalt geschickt, aber für geistesgesund befunden worden sind. Auffallend ist, daß viele Genesungen von ihnen berichtet werden. Auch die Zahl der Todesfälle ist eine verhältnismäßig große.

Verf. hat bei der Summe seiner Verpflegungsfälle ein Überwiegen des männlichen Geschlechts, auf 100 Männer kommen 87,22 Frauen. (Auch bei den Aufnahmen 1902 und bei den Aufnahmen bei *Mayet* überwiegen die Männer.) In den Privatanstalten kommen auf 100 Männer 85,15 Frauen. In der Bevölkerung kommen nach Verf. in Preußen auf 100 Männer 103 Frauen. Wenn man annimmt, daß die Geschlechter in der Bevölkerung in demselben Verhältnis erkranken wie bei den Verpflegungsfällen der Anstalten (wozu Verf. neigt), so würden die Männer um 15 0/0 mehr erkranken als die Frauen, was auf größere Anstrengungen im Erwerbsleben und Ausschweifungen komme.

Folgende Zusammenstellung enthält die Geschlechtsverhältnisse der einzelnen Formen und der „Nicht-Geisteskranken“ bei *Grunau* (Tabelle B.). bei den Verpflegungsfällen von 1875—1900, bei den Aufnahmen 1884 bis 1897 nach den Zahlen bei *Mayet* und bei den Aufnahmen 1902. Auf 100 männliche Verpflegungsfälle resp. Aufnahmen kommen Frauen:

	<i>Grunau</i> Verpflegungsfälle	Aufnahmen 1884—1897	Aufnahmen 1902
Bei einfacher Geistesstörung...	110,54	115,5	94,4
Bei paralytischer Geistesstörung	31,31	25,8	30,6
Bei epileptischer Geistesstörung	72,63	72,2	54,2
Idiotie	74,22	67,1	68,2
Delirium potatorum.....	6,43	—	7,9
Nichtgeisteskranken	37,0	—	37,6

Beim Vergleich der Verpflegungsfälle mit den Aufnahmen 1884—1897, welche ziemlich mit der zweiten Hälfte der *Grunauschen* Periode zusammenfallen, stehen beiderseits die Frauen bei der einfachen Geistesstörung weit über den Männern, umgekehrt bei den andern Formen. Bei der einfachen Geistesstörung stehen die Verpflegungsfälle unter den Aufnahmen. Es könnte dies entweder durch eine kürzere Aufenthaltszeit der Frauen und dadurch Sinken des Bestandes derselben, oder umgekehrt durch eine längere Aufenthaltszeit der Männer bedingt sein. Umgekehrt verhält es sich mit der Paralyse und Idiotie, während die Epilepsie beiderseits denselben Satz liefert. Die Aufnahmen 1902 weichen von denen von 1894—1897 mehrfach ab, am auffallendsten bei der einfachen Geistesstörung, wo der Frauen Anteil unter dem der Männer bleibt. Er ist jedoch auch hier bedeutend höher als bei den andern Formen.

In der folgenden Zusammenstellung (S. 256) ist in der ersten Zeile der Prozentsatz der Zunahme der Verpflegungsfälle von *Grunau* vom Jahre 1875—1900, in der zweiten derselbe vom Jahre 1884—1897, berechnet zum Jahre 1884, und in der dritten Zeile die Zunahme der Aufnahmen von 1884—1887 in derselben Weise berechnet. — Zunächst fällt auf, daß die zweite Zeile viel geringere Werte hat als die erste Zeile. Die zweite Zeile erstreckt sich eben nur auf etwa die Hälfte der Zeit. Die Unterschiede sind am größten bei der Paralyse, am geringsten bei der einfachen Seelenstörung. Die Zahlen für die Geschlechtsverschiedenheiten haben in beiden Zeilen einen übereinstimmenden Gang. Die Frauen zeigen eine geringere Zunahme als die Männer, mit Ausnahme der Paralyse mit entgegengesetztem Verhalten. — Die dritte Zeile, die Aufnahmen betreffend, zeigt eine entschieden geringere Zunahme als die zweite, betreffend die Verpflegungsfälle derselben Zeit. Der Unterschied ist am geringsten bei der einfachen Geistesstörung (94 %), am größten bei der Epilepsie (67 %). Die Schwankungen der Geschlechter der Aufnahmen entsprechen denen der Verpflegungsfälle derselben Zeit, mit der Ausnahme, daß nicht allein die Paralyse sondern auch die Idiotie eine größere Zunahme bei den Frauen hat. — So ergeben sich manche und z. T. bedeutende Verschiedenheiten zwischen den Verpflegungsfällen und den Aufnahmen. Interessant sind die Zahlen und Bemerkungen des Verf. über das Delirium potatorum. Die Zahl der Verpflegungsfälle beträgt 1875 589, steigt an und erreicht ihre Höhe im Jahre 1886 mit 1460, hat 1887 noch 1419, um 1888 auf 886 zu fallen. Die Zahl bleibt dann anhaltend niedriger, wächst allmählich wieder, ohne jedoch die frühere Höhe wieder zu erreichen. — Verf. sagt: Der Abfall ist zu groß, um als zufällig angesehen werden zu können. Zudem erstreckt er sich ohne Ausnahme auf alle Provinzen. Verf. erblickt die Ursache einzig und allein in den Wirkungen des Branntweinsteuergesetzes vom 24. Juni 1887, das am 1. Oktober desselben Jahres in Kraft trat. Infolge desselben wurde der Trinkspiritus wesentlich teurer, so daß weniger getrunken wurde. Auch die gewaltige Zunahme der Einwohnerzahl der Großstädte 1888—1900 hat die früheren Zahlen nicht wieder erreichen lassen.

Zunahme der Fälle vom ersten bis zum letzten Jahre	Summe aller Formen			Einfache Seelenstörung			Paralyse			Epilepsie			Idiotie			Del. pot.
	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	
<i>Grunau</i> Verpflegungsfälle von 1875—1900	300,48	309,62	290,0	256,28	263,2	249,7	426	361	727,6	506	564	431,9	530	567,7	482,9	123,4
<i>Grunau</i> Verpflegungsfälle von 1884—1897	191	196	186	172	175	170	211	205	234	268	300	229	324	347	296	—
Aufnahmen v. 1884—1897	174	178	169	162	164	161	192	189	208	180	190	165	226	225	232	—
Prozentsatz der letzten Zeit von der vorletzten ...	91 0/0	—	—	94 0/0	—	—	91 0/0	—	—	67 0/0	—	—	70 0/0	—	—	—
Berlin	138 417	70 092	21 976	22 708	9 757	13 139	1 677	348								
Schlesien	105 726	72 960	8 830	9 819	9 874	3 539	4 415	1 123								
Hessen-Nassau	67 021	46 676	4 631	4 725	9 973	613	1 757	688								
Westfalen	51 699	42 222	2 023	2 301	4 743	189	2 701	1 364								
Rheinprovinz	137 975	109 705	9 444	7 545	9 213	1 471	5 106	973								
	Summe aller Formen	Einfache Seelenstörung	Paralyse	Epilepsie	Idiotie	Del. pot.	Bevölkerung 1897 in 1000	1 Verpflegungsfall jährl. kommt auf Einwohner								

Verf. bringt weiter die Zahlen für die Verpflegungsfälle während der 26-jährigen Periode nach den einzelnen Provinzen. Auf S. 256 sind die Angaben von fünf Provinzen zusammengestellt. Es hat Interesse, festzustellen, auf wie viel Einwohner durchschnittlich jährlich ein Verpflegungsfall kommt. In der vorletzten Kolonne sind die Bevölkerungszahlen der einzelnen Provinzen von 1897 nach *Hübners* statistischer Tabelle in Tausenden angegeben. Von der Summe der Geisteskranken in der ersten Kolonne sind Delirium potatorum-Kranke, deren Vorkommen aus zufälligen Gründen so sehr wechselt, abgezogen. Die letzte Kolonne zeigt die außerordentliche Verschiedenheit der einzelnen Provinzen. Die größte Zahl Verpflegter hat Berlin, ca. viermal so viel als Westfalen.

Rheinland-Westfalen stellt den größten Teil des Kohlenbergbaues im preußischen Staate, und abgesehen von Berlin, auch anderer Industrien. Beide Provinzen haben deswegen seit einigen Dezennien eine bedeutende Einwanderung erlitten. Westfalen steht dabei an erster Stelle. Die Zahlen geben nun keinen Anhalt dafür, daß dadurch mehr Geisteskranke resp. mehr Einlieferungen in Irrenanstalten hervorgebracht sind. — Die hohe Zahl der Verpflegungsfälle in Berlin kann man daher nur auf die Großstadt beziehen, sei es wegen mehr Erkrankungen oder wegen größerer Fürsorge des Gemeinwesens.

Die einzelnen Formen verhalten sich in den verschiedenen Provinzen verschieden. Während bei der Summe aller Formen Berlin die größte Zahl von Verpflegungsfällen liefert, in zweiter Reihe die Rheinprovinz steht, in dritter Schlesien, ist bei der einfachen Geistesstörung die Aufeinanderfolge: 1. Rheinprovinz, 2. Schlesien, 3. Berlin. — Die Paralyse hat wieder ganz andere Verhältnisse. — Nach Verf.s Berechnung liefern die Verpflegungsfälle von Paralyse von der Gesamtzahl der Verpflegungsfälle in Berlin 15,96%, in Schlesien 8,41, in Hessen-Nassau 6,96, Rheinland 6,87, Westfalen 3,92%.

Für die Epilepsie liefert Berlin eine sehr hohe Ziffer. Bei Idiotie haben Berlin, Hessen-Nassau, Schlesien, Rheinprovinz eine nicht sehr verschiedene Verpflegungsziffer.

In der Mehrzahl der Provinzen überwiegt die Zahl der männlichen Verpflegungsfälle, am meisten in Berlin. Die einfache Geistesstörung hat hier jedoch auch ein Übergewicht für die Frauen. Für die Summe der Formen fällt hier das Delirium potatorum sehr ins Gewicht. Nur in Rheinland und Hohenzollern ist für die Summe aller Formen die Zahl der weiblichen Verpflegungsfälle größer. Für die Aufnahmen im Jahre 1902 liefern die öffentlichen Anstalten jedoch auch bei beiden ein namhaftes Übergewicht für die Männer.

Verf. hat in seinen Tabellen in der ersten Kolonne die Verpflegungsfälle, in der zweiten die Heilungen, in der dritten die Todesfälle, in der vierten und fünften Kolonne die Heilungs- und Sterblichkeitsprozente berechnet zu den Verpflegungsfällen. Die Heilungsprozente betragen für die 26 Jahre 6,47% (7,76 M. 4,98 Fr.). Sie sind für die Männer immer

größer als für die Frauen, nehmen im ganzen im Verlaufe der Jahre immer mehr ab. Das Jahr 1875 hat 8,08% (9,80 M. 6,12 Fr.), das Jahr 1900 4,37% (5,25 M. 3,30 Fr.). Der größte Abfall erfolgte im Jahre 1888, von 8,16 im Jahre 1887 auf 6,22, infolge Abfalls der Delirium potatorum-Fälle mit ihren vielen Heilungen.

Ref. hat auf S. 259 eine Zusammenstellung gemacht über die Jahre 1884—1887 und 1894—1897, für welche ihm ein Vergleich mit den Aufnahmen möglich war. Die erste Abteilung betrifft Fälle der einfachen Geistesstörung. Hier zeigt sowohl bei den Verpflegungsfällen als bei den Aufnahmen die zweite Periode einen Abfall der Genesungsprozente gegen die erstere, aber auch die einzelnen Jahre jeder Periode zeigen im ganzen einen Abfall von dem ersten zum letzten Jahre. Der Abfall von der ersten zur zweiten Periode ist bei den Verpflegungsfällen stärker (auf 73%) als bei den Aufnahmefällen (78%), was auf Anhäufung alter Fälle im Bestande bei den Verpflegungsfällen zu beziehen ist. Die Frauen haben beiderseits größere Genesungsprozente als die Männer.

Die zweite Abteilung der Tabelle enthält zunächst bei den Verpflegungsfällen die Genesungsprozente aller Formen. Hier macht die erste Periode (1884—87) zur zweiten einen Abfall von 8,53 auf 5,1% = auf 60%, die Männer haben beiderseits namhaft höhere Genesungsprozente als die Frauen. Beides beruht auf Beimischung der Delirium potatorum-Fälle, wie die folgende Abteilung lehrt, wo diese sowohl bei der Summe der Verpflegungsfälle als bei den Genesungen ausgeschlossen sind. Hier sind die Genesungsprozente niedriger, aber der Abfall ist ein geringerer, von 5,1% auf 3,6% = 71%. Bei Berechnung nach den Aufnahmen ist der Abfall wieder ein geringerer auf 75%. Beiderseits sind die Genesungsprozente bei den Frauen höher, als bei den Männern, besonders bei der Berechnung nach den Aufnahmen.

Sowohl bei der Berechnung der Genesungsprozente bei der einfachen Geistesstörung, als bei der Summe aller Formen sind die nach den Aufnahmen etwa $3\frac{1}{2}$ mal höher, als die nach den Verpflegungsfällen. In Wirklichkeit ist der Unterschied noch ein namhaft größerer. Die Verpflegungsfälle betreffen nur die öffentlichen Anstalten, die Aufnahmen dagegen die Summe der öffentlichen und privaten Anstalten, welche letztere nach Verf. 30% der Verpflegungsfälle der ersteren liefern. — So nehmen die Unterschiede zu, je komplizierter die Verhältnisse werden, wenn man sich von den Beziehungen der einfachen Tatsachen aufeinander (hier Aufnahmen — Genesungen) entfernt. (Siehe nebenstehende Tabelle.)

Die Sterblichkeit bei Berechnung der Zahl der Todesfälle von der der Verpflegungsfälle beträgt für die ganze Periode 7,25% (7,97 M. 6,43 Fr.). Sie nimmt mit den Jahren allmählich ab, die ersten 13 Jahre haben 7,63%, die letzten 7,07%. Die Sterblichkeit der Männer ist immer größer als die der Frauen. Bezüglich der einzelnen Formen bei dieser Berechnung ist folgendes zu bemerken:

Genesungs-Prozente.

	Einfache Geistesstörung					
	bei Verpflegungs- fällen von <i>Grunau</i>			bei Aufnahmen		
	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.
1884	6,56	6,31	6,77	22,7	22,4	23,1
1885	6,13	5,82	6,41	21,4	21,0	21,8
1886	6,17	6,02	6,32	20,8	20,2	20,9
1887	5,84	5,49	6,16	19,7	18,7	20,4
1894	4,82	4,37	5,22	17,1	15,8	18,3
1895	4,58	4,37	4,77	17,1	16,7	17,6
1896	4,48	4,07	4,86	16,2	14,8	17,7
1897	4,19	3,93	4,42	15,5	14,8	16,0
Durchschnitt 1884—1887.....	6,17	—	—	21,15	—	—
Durchschnitt 1895—1897.....	4,52	—	—	16,5	—	—
1884—1887 = 100, 1895—1897 =	73	—	—	78	—	—

Summe aller Formen.

Durchschnitt 1884—1887.....	8,53	10,9	5,65	—	—	—
Durchschnitt 1894—1897.....	5,1	6,06	4,06	—	—	—
Erste Zeile = 100, zweite =	60	—	—	—	—	—
Ohne Del. pot.						
Durchschnitt 1884—1887.....	5,1	4,7	5,5	15,9	14,0	18,1
Durchschnitt 1894—1897.....	3,6	3,3	3,9	12,0	10,8	13,5
Erste Zeile = 100, zweite =	71	—	—	75	—	—

Bei dieser Berechnung nach den Verpflegungsfällen ist die Sterblichkeit am größten bei der paralytischen Geistesstörung 27,52, es folgt das Delirium potatorum 8,94, die epileptische Seelenstörung 6,45, einfache Geistesstörung 5,18, Idiotie 4,33. Die Sterblichkeitsziffer der Frauen ist größer bei der einfachen Geistesstörung (4,79 M. 5,53 Fr.), bei der epileptischen Seelenstörung (6,37 M. 6,55 Fr.), bei der Idiotie (3,95 M. 4,83 Fr.). Umgekehrt ist die Sterblichkeit der Männer größer bei der Paralyse (28,26 M. 25,14 Fr.) und beim Delirium potatorum (9,0 M. 7,94 Fr.). Die Nichtgeisteskranken zeigen auch eine ziemlich hohe Sterblichkeit: 9,0 (8,23 M. 11,08 Fr.).

Die prozentuale Sterblichkeit ist am größten in Berlin: 9,14 (9,77 M. 8,19 Fr.), am kleinsten in Westfalen: 5,01 (5,61 M. 4,34 Fr.). Es sind dies die Provinzen, in deren Anstalten die Paralyse (und das Delirium potatorum) am häufigsten resp. am seltensten vertreten sind.

Eine vergleichende Berechnung der durchschnittlichen jährlichen Todesfälle zum durchschnittlichen jährlichen Bestande läßt sich nicht machen, da der Bestand zu Anfang und zu Ende des Jahres nicht mitgeteilt ist.

Verf. behandelt weiter die Todesursachen. Er bringt sie (69) in 8 Gruppen unter: I. Ernährungsstörungen, II. Infektionskrankheiten, III. Lungenkrankheiten, IV. Krankheiten des Blutkreislaufsystems, V. Gehirnkrankheiten, VI. Krankheiten des Verdauungsapparates, VII. Krankheiten des Harnapparates, VIII. Gewalttame Todesarten. Dazu kommen noch: Nicht namhaft gemachte Todesarten.

Die Gesamtzahl der Todesfälle beträgt 62749.

I. Ernährungsstörungen sind erlegen 8722 = 13,99% aller Todesfälle (11,32 M. 17,78 Fr.), davon an Altersschwäche 5,10% (3,13 M. 7,89 Fr.). An Marasmus (Inanition) starben 3097 = 4,97% (4,37 M. 5,81 Fr.). An Krebs und Sarkom starben 1216 = 1,95% (1,47 M. 2,63 Fr.). An Delirium potatorum starben 540 = 0,87%. Dies ist etwa der 5. Teil aller gestorbenen Delirium potatorum-Kranken. Die anderen starben an Lungen-, Herzkrankheiten, Tuberkulose, Gehirnkrankheiten usw.

An II. Infektionskrankheiten sind gestorben 12208 = 19,58% (16,99 M. 23,26 Fr.). Hier macht eine einzige Todesursache, die Tuberkulose mit 9478 Fälle = 15,33% (13,22 M. 18,31 Fr.) über drei Viertel der ganzen Summe aus.

Verf. fährt fort: Dieser Prozentsatz für Tuberkulose ist nicht hoch, da in der Altersklasse der Erwachsenen — über 15 Jahre —, mit welcher man es in den Irrenanstalten fast nur zu tun hat, in Preußen mehr, etwa 18% von allen Gestorbenen der Tuberkulose erliegen. — Es wird bald ausgeführt werden, daß die Vergleichung des Prozentsatzes der Todesfälle einer bestimmten Krankheit von der Summe aller Todesfälle einerseits des Todesfälle in Irrenanstalten, andererseits der Bevölkerung zu Irrtümern führen kann.

An dem letzten Viertel der Infektionskrankheiten sind noch 18 Rubriken beteiligt, Peritonitis (608 Fälle), Pyämie (452), Ruhr (332), Rose (320), Typhus (281), und andere mit niedrigeren Zahlen.

Zwei Epidemien verdienen eine eingehende Darlegung. Im Sommer 1893 brach in der Irrenanstalt zu Nietleben bei Halle eine Choleraepidemie aus, der 51 Kranke erlagen. Hier besteht zur Beseitigung der Abwässer und Fäkalien eine Rieselanlage, welche damals nicht genügend funktionierte und Schmutzwasser in die Saale laufen ließ. Weiter unterhalb am Flusse liegt die Schöpfstelle für die Wasserbeförderungsanlage der Anstalt. Dies Wasser wird vor dem Gebrauche noch filtriert. Die Choleraabazillen wurden wahrscheinlich durch einen neuen Wärter eingeschleppt, der aus Hamburg kam und eine leichte, übersehene Krankheit durchgemacht hatte.

Dann kam in Altscherbitz eine Typhusepidemie vor im Jahre 1892, verursacht durch das Wasser der Elster, das durch die Leipziger Effluvia verunreinigt war. Der Sommer war sehr trocken gewesen. Das Elsterwasser wurde damals, nachdem es durch Klärbassins gegangen war, in vielen Abteilungen als Bade- usw. Wasser gebraucht, das Trinken desselben war verboten. Es erkrankten im ganzen 17 M. und 11 Fr., von denen 8 M. starben.

Unter den Frauen befand sich eine Wärterin, welche nach ihrer Genesung den verbotenen Genuß des Elsterwassers zugab.

An III Lungenkrankheiten starben 12325 = 19,78 % (21,16 M. 17,80 Fr.). — An IV Krankheiten des Blutkreislaufs starben 3652 = 5,86 % (4,95 M. 7,14 Fr.). — An V Gehirnkrankheiten, der größten Gruppe starben 16671 = 26,74 % (31,47 M. 20,04 Fr.). Das größte Kontingent dazu stellt die Paralyse mit 5132 = 8,23 % (11,07 M. 4,20 Fr.). Dies macht ungefähr den vierten Teil aller gestorbenen Paralytiker aus.

Weiter gehören zu den Gehirnkrankheiten: Apoplexie (4,01 %), Encephalitis (2,22 %), Epilepsie (2,16 %) usw.

An VI Krankheiten des Verdauungsapparates starben 1494 (2,40), an VII Krankheiten des Harnapparates, 1540 (2,47 %). — Gewaltsamen Todesarten, VIII. sind erlegen 1007 = 1,62 % (1,91 M. 1,20 Fr.), darunter Selbstmorde 448 = 0,72 % (0,83 M. 0,56 Fr.) usw. Nach Verf. bleiben diese Prozentsätze noch unter dem allgemeinen Durchschnitt der Bevölkerung in Preußen, welche für die gewaltsamen Todesarten mindestens 2 %, für den Selbstmord 0,8 % beträgt.

Es sind im ganzen 415 Nichtgeistesranke gestorben, nach Verf.s Berechnung von den Verpflegungsfällen der Nichtgeisteskranken 9,0 %, gegenüber 7,25 bei den Geisteskranken. An Gehirnkrankheiten starben 115 = 27,71 % (27,80 M. 27,53 Fr.) aller Todesursachen, also mehr als bei den Geisteskranken. An gewaltsamen Todesursachen starben 18 = 4,34 % (5,41 M. 2,17 Fr.) aller Todesursachen, gegen 1,62 bei den Geisteskranken. An Selbstmord allein starben 6 (bei den Geisteskranken 448). Berechnet man beide Ziffern als Prozentsätze zu den Verpflegungsfällen des Verf.s (bei Nichtgeisteskranken 4609, bei Geisteskranken 860580), so haben die Nichtgeisteskranken 0,13 Selbstmorde, die Geisteskranken namhaft weniger: 0,05. — Bei drei Fällen von Nichtgeisteskranken ist als Todesursache Delirium potatorum angegeben. Wenn man nun auch annimmt, daß das Urteil „nicht geisteskrank“ sich auf eine weiter zurückliegende Zeit bezieht, so lag doch ein nicht normaler Zustand des Gehirns vor.

Alle diese Tatsachen sind also Gründe, welche gegen den normalen Zustand dieser „Nichtgeisteskranken“ im ganzen sprechen.

Über die Berechnung des Prozentsatzes der einzelnen Todesursachen zur Gesamtheit der Todesursache ist folgendes zu bemerken. Man kann sich dieser Berechnung zur vorläufigen Orientierung nicht entziehen, zur Feststellung etwaiger besonderer abnormer Sterblichkeitsverhältnisse des betreffenden Jahres, zur Vergleichung mit früheren Zeiten derselben Anstalt, mit anderen Irrenanstalten. Sie kann jedoch zu Irrtümern Veranlassung geben, besonders bei Vergleichen mit der Sterblichkeit der Bevölkerung. Diese Irrtümer werden dadurch veranlaßt, daß in den Irrenanstalten die Zahlen für einzelne Gruppen von Todesursachen besonders hoch, und wechselnd hoch sind, viel höher als in der Bevölkerung. Hierhin gehören speziell aus Gruppe I, Ernährungsstörungen: Marasmus (Inanition) mit nahe 5 %, besonders

jedoch Gruppe V, Gehirnkrankheiten, mit 26,74%. Diese hohen Prozentzahlen drücken die Zahlen für andere Todesursachen herunter, so daß diese geringer erscheinen, als sie der Wirklichkeit nach sind. Dies gilt z. B. schon für die Ziffer der Lungentuberkulose. — Um mit der Bevölkerung zu vergleichen, muß man dasselbe Verfahren anwenden, das bei der Bevölkerung selbst angewandt wird. Es besteht darin, daß der gezählte oder berechnete Bestand der Bevölkerung in die Zahl der betreffenden Todesursachen des Jahres dividiert wird. Bei den Irrenanstalten entspricht diesem Bestande der Bevölkerung der durchschnittliche tägliche Bestand des betreffenden Jahres, welcher in die Zahl der betreffenden Todesursache desselben Jahres dividiert werden muß.

Für die Selbstmorde mag eine solche Berechnung angestellt werden. Von 1875—1900 lagen im Durchschnitt jährlich 33276 Verpflegungsfälle vor. Da mir keine anderen Anhaltspunkte vorliegen, so mag herangezogen werden, daß im Jahre 1902 in den preußischen öffentlichen Irrenanstalten der durchschnittliche Bestand des Jahres zwei Drittel von der Summe der Verpflegungsfälle ausmacht. Dementsprechend würde zu den 33276 Verpflegungsfällen ein durchschnittlicher Bestand von 22184 Personen gehören. Selbstmorde kommen durchschnittlich jährlich 17 vor. Dies macht auf eine Million 766 Selbstmorde, viel mehr, ich denke mehr als 3 mal so viel, als in der Bevölkerung.

Verf. bringt dann noch eine Zusammenstellung der einzelnen öffentlichen preußischen Irrenanstalten von 1877 bis 1900, der eingegangenen und noch bestehenden, mit den Verpflegungsfällen aller Jahre, Heilungen, Todesfällen und Prozentberechnungen, ferner den Krankenbestand am 31. Dezember 1900. Es sind 125 Anstalten. Der Krankenbestand am 31. Dezember 1900 war am größten in Dalldorf mit 2542 Kr. (1366 M. 1176 Fr.), es folgt Herzberge mit 1490 Kr. (876 M. 614 Fr.), dann vier Anstalten mit 1000—1100 Kr. Über 500—1000 im Bestande hatten noch 4 Anstalten, 100—500 Kr. 32 Anstalten usw.

Verf. bringt noch mancherlei allgemeine Angaben und Beurteilungen, welche nur lose mit seinen Zahlen zusammenhängen, und die nicht nur für Irrenärzte, sondern auch für ein größeres Publikum Interessantes bieten.

I n h a l t.

1. Psychologie und 2. Psychophysik. Ref.: Arthur Wreschner-Zürich Seite 1*

Mach, E., Erkenntnis und Irrtum. Skizzen zur Psychologie der Forschung. *Möller, P.*, Die Bedeutung des Urteils für die Auffassung. *Baerwald, R.*, Psychologische Faktoren des modernen Zeitgeistes. *Wertheimer, Max*, Experimentelle Untersuchungen zur Tatbestandsdiagnostik. *Hammer, B.*, Zur experimentellen Kritik der Theorie der Aufmerksamkeitsschwankungen. *Seashore, C. E.*, Die Aufmerksamkeitsschwankungen. *Alexander-Schäfer, Gisela*, Zur Frage der Beeinflussung des Gedächtnisses durch Tuschreize. *Peters, W.*, Aufmerksamkeit und Zeitverschiebung in der Auffassung disparater Sinnesreize. *Angier, Rosicell P.*, Die Schätzung von Bewegungsgrößen bei Vorderarmbewegungen. *Gordon, Käte*, Über das Gedächtnis für affektiv bestimmte Eindrücke. *Külpe, O.*, Bemerkungen zu vorstehender Abhandlung. *Kiesow, F.*, Über einige geometrisch-optische Täuschungen. *Botti, Luigi*, Ein Beitrag zur Kenntnis der variablen geometrisch-optischen Streckentäuschungen. *Störing, G.*, Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gefühl. *Kelchner, Mathilde*, Die Abhängigkeit der Atem- und Pulsveränderung vom Reiz und vom Gefühl. *Bárány, R.*, Experimenteller Beitrag zur Psychologie des Urteils. (Über mehrere von dem Grade der Aufmerksamkeit abhängige Urteilsphänomene im Gebiete unsicherer taktiler Empfindungen.) *Alexander-Schäfer, Gisela*, Zur Frage über den zeitlichen Verlauf des Gedächtnisbildes für verschiedene Sinnesreize. *Taylor, Clifton O.*, Über das Verstehen von Worten und Sätzen. *Weygandt, W.*, Experimentelle Beiträge zur Psychologie des Schlafes. *Ephrussi, P.*, Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gedächtnis. *Giering, H.*, Das Augenmaß bei Schulkindern. *Watt, H. S.*, Experimentelle Beiträge zu einer Theorie des Denkens. *Vaschide, N.*, Index Philosophique. Publication annuelle de la Revue de Philosophie. *Pedersen*, Experimentelle Untersuchung der visuellen und akustischen Erinnerungsbilder, angestellt an Schulkindern. *Lagerborg, R.*, Das Gefühlsproblem. *Hirschlaff, L.*, Hypnotismus und Suggestivtherapie. *Stefani-Ugolotti*, Influenza dell' età e dell' intensità e ripetizione dello stimolo sui caratteri di alcuni reazioni nervose elementari contributo allo studio dell' adattamento. *Stefani-Ugolotti*, Alcune ricerche di psicofisiologia cellulare. *Piéron, H.*, Psychologische Beobachtungen an Tieren. *Kronthal, P.*, Metaphysik in der Psychiatrie.

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: Ernst Schultze-Greifswald Seite 55*

Groß, Adolf, Kasuistischer Beitrag zur klinischen und forensischen Beurteilung des Pseudo-Querulantenwahns. *Jäger, Johannes*, Hinter Kerker-

mauern. *Pollitz*, Einzelhaft und Geistesstörung. *Wehmer*, Praktische Erfahrungen bei Entmündigung Trunksüchtiger. *Groß, Hans*, Hausarrest als Strafmittel. *Morel, Jules*, Die psychologische Beschaffenheit der rückfälligen Verbrecher. *Herz, Hugo*, Die Verbrechensbewegung in Österreich in den letzten 30 Jahren in ihrem Zusammenhange mit wirtschaftlichen Verhältnissen. *Kluge, O.*, Über die Behandlung und Unterbringung psychisch abnormer Fürsorgezöglinge. *Roos, J. R. B. de*, Aus der niederländischen Kriminalstatistik. *Engelken, Hermann*, Über die Versorgung der geisteskranken Verbrecher in England. *Wulffen*, Zur Kriminalpsychologie der Kinder. *Muralt, L. von*, Über Familienmord. *Leppmann, F.*, Die Sittlichkeitsverbrechen. *Straßmann, F.*, Die verminderte Zurechnungsfähigkeit. *Grassl*, Die „Trunksucht“ als Entmündigungsgrund. *Schorer, J. A.*, Wissenschaft und Rechtsprache. *Freudenthal*, Haftwirkungen-Enqueten. *Leppmann, F.*, Über Strafvollzugsunfähigkeit. *Hellwig, Albert*, Ein moderner Hexenprozeß. *Hellwig, Albert*, Diebstahl aus Aberglauben. *Schwabe, E.*, Die Aufgaben der Medizinalbeamten in bezug auf die Fürsorge für Geistesranke, Epileptische und Idioten. *Koppe, Fritz*, Gutachten über die Zeugnisfähigkeit einer Schwachsinnigen. *Ungar, E.*, Bedenken gegen die übliche Protokollierung. *Kurz, E.*, Zur Prophylaxe der Roheitsdelikte. *Wyler, Markus*, Die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge. *Mittermaier, Wolfgang*, Zur Frage der Schwurgerichte. *Wollenberg, R.*, Die forensisch-psychiatrische Bedeutung der Menstruationsvorgänge. *Bleuler*, Die psychologischen Kriterien der Zurechnungsfähigkeit. *Wilmanns, Karl*, Das Landstreichertum, seine Abhilfe und Bekämpfung. *Mönkemöller*, Die akuten Gefängnispsychosen und ihre praktische Bedeutung. *Sichart, von*, Gedanken eines Verteidigers der Zweckstrafe über Zurechnungsfähigkeit. *Mohr, Fr.*, Willensfreiheit und Psychopathologie. *Treu, Max*, Pensum und Zwangsarbeit in den Strafanstalten. *Högel*, Die deutsche Rückfallsstatistik. *Eller, Fritz*, Ein Vorlagebuch für Tätowierungen. *Groß, Hans*, Zur psychologischen Tatbestandsdiagnostik. *Matthaei*, Erweiterung des Strafregisters. *Herz, Hugo*, Die Kriminalität des Weibes nach den Ergebnissen der neueren österreichischen Statistik. *Schweickert, Hans*, Kriminalcharakterologische Studien. *Krause*, Anti-Alkoholismus — Blaues Kreuz — Religiöser Wahnsinn. Eine zeitgemäße Betrachtung aus Strasburg (W.-Pr.). *Pick, A.*, Zur Psychologie des Vergessens bei Geistes- und Nervenkranken. *Rodenwaldt, Ernst*, Zur Methode der Intelligenzprüfung. *Racine*, Aus der gerichtlichen Praxis. *Wende*, Beitrag zur Kasuistik der Seelenstörungen im Sekundärstadium der erworbenen Syphilis in Form eines motivierten Gutachtens. *Braune*, Fall von konträrer Sexualempfindung. *Edel, Max*, Sind Ärzte als Inhaber von Privatkrankenanstalten verpflichtet, ihre Firma in das Handelsregister eintragen zu lassen? *Leppmann, F.*, Alkoholismus und Ehescheidung. *Straßmann, Fritz*, Alkoholismus und Ehescheidung. *Kompe*, Idiotismus und Imbezillität in strafrechtlicher Beziehung (Schluß). *Finckh, J.*, Über einen forensisch interessanten Fall hochgradigen Schwachsinn, nebst Bemerkungen zur Prüfung der Intelligenz. *Oberndörfer, S.*, Dr. med. und *Steinharter, S.*, Dr. jur., Die posthypnotischen Aufträge in ihrer psychiatrischen und juristischen Bedeutung (Fortsetzung und Schluß). *Schott*, Wiederaufhebung der Entmündigung oder Umwandlung der Entmündigung wegen Geisteskrankheit in solche wegen Geistesschwäche? Nebst Bemerkungen über die Entmündigung wegen Geisteschwäche (Fortsetzung und Schluß). *Becker, Carl*, Eine Querulantin. *Schott, A.*, Mord bzw. Totschlag und Dementia praecox. *Nücke*, Kastration in gewissen Fällen von Geisteskrankheit. *Ledenig, Adolf*, Wirkung von „Gerichtssaalberichten“. *Lippmann, Otto*, Reformvorschläge zur Zeugenvernehmung vom Standpunkte des Psychologen. *Schmidtman*, Handbuch der gerichtlichen Medizin. Neunte Auflage des *Casper-Limanschen Handbuches*. *Wyler, Marcus*, Dr. jur., Die rechtlichen Hauptformen der Irrenfürsorge.

Mehl, Aug., Die Geschichte eines geisteskranken Brandstifters. *Geill*, Kriminalanthropologische Untersuchungen dänischer Sittlichkeitsverbrecher. *Jagemann, E. von*, Mediziner und Juristen gegenüber den Fragen aus der forensischen Psychologie. *Aschaffenburg, Gustav*, Zur Psychologie der Sittlichkeitsverbrecher. *Hoegel*, Zur Reform der Freiheitsstrafen. *Hoche, Alfred*, Bemerkungen zur Frage des künstlichen Aborts bei Neurosen und Psychosen. *Bonhöffer, Karl*, Sittlichkeitsdelikt und Körperverletzung. *Näcke, P.*, Der Traum als feinstes Reagens für die Art des sexuellen Empfindens. *Ostermann*, Der heutige Standpunkt der Daktyloscopie. *Groß, Hans*, Antrittsvorlesung. *Groß, Albert*, Ein Fall von Paramnesie in der antiken Literatur. *Daubner*, Leichenschändung und Aberglauben. *Sieber, R.*, Zur Frage der Schlaftrunkenheit. *Lelewer, Georg*, Ein Fall solitärer Erinnerungstäuschung. *Hartmann, Fritz*, Andichtung von Kindesmord. *Markovac, Karl*, Disposition der Epileptiker zur Autosuggestion. *Näcke, P.*, Le monde homo-séxuel de Paris. — *Quelques détails sur les homo-séxuels de Paris.* *Juliusburger, Otto*, Gegen den Strafvollzug. *Lohsing*, Das Geständnis in Strafsachen. *Kötscher*, Über das Bewußtsein, seine Anomalien und ihre forensische Bedeutung. *Türkel*, Psychiatrisch-kriminalistische Probleme. *Reissner, Arthur*, Die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten und der Schutz der persönlichen Freiheit. *Allison*, Insanity in penal institutions and its relation to principles of penology. *Pessler*, Zur Feststellung des Geisteszustandes der Beschuldigten im Strafverfahren. *Siefert*, Über die unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher und die Mittel der Fürsorge zu ihrer Bekämpfung. *Cramer*, Über Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus. *Petersen, Julius, Dr.*, Reichsgerichtsrat a. D., Willensfreiheit, Moral und Strafrecht. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen: Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung, eine psychologische, psychiatrische und militärrechtliche Studie von Dr. *Eucald Stier*: Bericht über die Vorgeschichte und die Eröffnungssitzung der Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen nebst zwei daselbst gehaltenen Vorträgen: 1. Die Reform des Vorverfahrens im Strafprozeß von Prof. *Mittermaier*. 2. Die Forschungen zur Psychologie der Aussage von Prof. *Sommer*: Geistesschwäche als Entmündigungsgrund, zwei Vorträge: 1. Dr. med. *Camerer*. 2. Oberlandesgerichtsrat *Landauer, Fresc.* Die Prinzessin Luise von Sachsen-Koburg und Gotha geb. Prinzessin von Belgien. von *Schrenck-Notzing*, Kriminalpsychologie und psychopathologische Studien. *Günther*, Die Zurechnung im Strafrecht. *Hoche, A.*, Zur Frage der Zeugnisfähigkeit geistig abnormer Personen. Mit einigen Bemerkungen von Prof. Dr. *A. Finger*, Halle a. S. *Lener*, La delinquenza e la pazzia in rapporto alla università del fenomeno economico. *Stewart*, The mental and moral effects of the south African war. 1899—1902, on the British people. *Stewart*, The relationship of wages, lunacy, and crime in South Wales. *Angiolella*, Sulla genesi biologica del delitto.

4. Pathologische Anatomie. Ref.: Matusch-Sachsenberg Seite 90*

Vogt, Über die Anatomie, das Wesen und die Entstehung mikrocephaler Mißbildungen nebst Beiträgen über die Entwicklungsstörungen der Architektur des Zentralnervensystems. *Hartmann, F.*, Die Neurofibrillenlehre und ihre Bedeutung für die klinische Neuropathologie. *Hinsdale, G.*, Paraplegia from fracture of the first, second and third dorsal vertebra, seven other fractures, laminectomy, recovery. *Hoch, Th.*, Acute anterior poliomyelitis in a youth. *Fry, F. R.*, A case of cerebral tumor presenting confusing symptoms. *Ludlum*, An experimental study on the regeneration of peripheral nerves. *Potts*, A case of traumatic cervical hematomyelia and complete

division of the cord, with probable dislocation of the fifth cervical vertebra. Remarks on the location of the center for the biceps reflex. *Walton and Paul*, Brain Tumors, a study of clinical and postmortem records of their operability and their symptomatology. *Zenner*, A case of tumor of the occipital lobe. *Zenner*, An unusual case of carcinoma of the spine. *Dercum, F. X.*, On spastic paralysis and syphilis of the cord. *Ludlum*, A preliminary report of the possible relationship of neuro-fibrillar changes to insanity. *Spiller, W. G. and Frazier, C.*, The treatment of cerebral palsies and athetosis by nerve anastomosis and transplantation. *Langdon*, Myelomalacia with especial reference to diagnosis and treatment. *Spiller, W. G.*, The location within the spinal cord of the fibers for temperature and pain sensations. *Sims, F. R.*, Anatomical findings in two cases of *Korsakoffs* symptom-complex. *Spratling, W. and Park, R.*, Bilateral cervical sympathectomy for the relief epilepsy, with report of three cases. Notes on the physiologic effects of cutting the sympathetic and on the histologic changes found on the cases of question. *Burr, C. W.*, A case of myasthenia gravis, with autopsy. *Dercum*, A case of trauma of the foot of the second frontal convolution, followed by ataxia, nystagmus and epilepsy. *Morton Prince*, The course of the sensory fibres in the spinal cord and some points in spinal localisation based on a case of section of the cord. *Webber*, Additional contribution to cases of multiple sclerosis with autopsies. *Peli*, La cavità glenoidea dell' osso temporale nei sani di mente, negli alienati e nei criminali. *Esposito*, Psammomi della dura madre. *Cerletti e Brunacci*, Sulla corteccia dei vecchi. *Cerletti*, Sopra alcuni rapporti tra le „cellule a bastoncello“ (Stäbchenzellen) e gli elementi nervosi nella paralisi progressiva. *Ugo Cerletti and L. Lambalino*, On the pathology of the neurofibrils. *Turner*, Concerning the continuity of the nerve-cells, and some other matters connected therewith. *Bethe*, Allgemeine Anatomie und Physiologie des Nervensystems.

5. Allgemeines. Ref.: Snell-Lüneburg Seite 100*

Kraepelin, Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. v. *Kraft-Ebing*, Psychopathia sexualis, mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung. — Eine medizinisch-gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen. *Möbius*, Im Grenzlande. *Möbius*, Franz Joseph Gall. *Tiling, Th.*, Individuelle Geistesart und Geistesstörung. *Möbius, P. J.*, Geschlecht und Unbescheidenheit. *Grisar*, Ein Grundproblem aus Luthers Seelenleben. *de Loosten*, Jesus Christus vom Standpunkte des Psychiaters. Eine kritische Studie für Fachleute und gebildete Laien. *Schüle*, Über die Frage des Heiratens von früher Geisteskranken. II. (Geisteskrankheit und Ehe.) Anlegung der statistischen Tabellen über Erbllichkeit. Klinische und biologische Fragestellungen. Genealogische Stammbäume von 20 zyklischen Geisteskranken (mit Tabelle). Vorschläge zur Prophylaxe. *Keller, Friedr.*, Beurlaubung von Industriearbeitern zur Beschäftigung in landwirtschaftlichen Betrieben unter Mitwirkung der sozialen Versicherungsanstalten. Ein Vorbeugungs- und Volks-Heilmittel gegen Nervenkrankheiten. *Schaefer*, Monumenta medica. Originalstellen über Medizin aus den alten Klassikern in deutscher Übersetzung. Kulturhistorisches Bild in launiger Darstellung. *Freimann, Mar.*, Über den physiologischen Stumpfsinn des Mannes. *Peli, G.*, Sul modo d'esaminare un alienato. *Lehmann, A. R. H.*, Krankheit, Begabung, Verbrechen. ihre Ursachen und ihre Beziehungen zueinander. *Ebstein-Schwalbe*, Handbuch der praktischen Medizin. 3. Band. Krankheiten des Nervensystems (mit Einschluß der Psychosen). Krankheiten der Bewegungsorgane. *Bresler*, Wie beginnen Geisteskrankheiten? *Gelpke*, Kulturschäden oder die Zunahme der Nerven- und Geisteskrankheiten. Gemeinverständliche Hygiene des Nerven-

lebens. *Drenkhahn*, Die Nervosität in früheren Jahrhunderten und in unserer Zeit. *Fisher, E. D. and Brooks, H.*, Arteriosclerosis in its relation to diseases of the nervous system. *Hoppe, H.*, Soul paralysis. *Spiller, W. G.*, The importance in clinical diagnosis of paralysis of associated movements of the eyeballs (Blicklähmung) especially of upward and downward associated movements. *Chase, R. H.*, Delusions of the insane. *Wherry, J. W.*, Is delusional insanity due to disease of the brain? *Rich, H.*, A case of unusual sexual precocity.

6. Spezielle Pathologie und Therapie. Ref.: Umpfen-

bach-Bonn Seite 108*

Bischoff, E., Über familiäre Geisteskrankheit. *Nový, Em.*, Folie gémel-laire. *Boss, J.*, Erfahrungen über die Verwertbarkeit des Borneyval. *Guttmann, J.*, Weitere Erfahrungen über die klinische Verwendbarkeit des Borneyval. *Schöffler, G.*, Zur Behandlung der Hysterie mit Borneyval. *Beerwald, K.*, Borneyval und seine Verwendbarkeit in der ärztlichen Praxis. *Bianchini, L.*, Ricerche cliniche sul Borneyval come sedativo e ipnotico. *Liebers, M.*, Beitrag zur Symptomatologie der Chorea chronica progressiva. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias affins.* *Kutner, R.*, Über den diagnostischen Wert der Lumbalpunktion für die Psychiatrie. *Cramer und Többen*, Beiträge zur Pathogenese der Chorea und der akuten infektiösen Prozesse des Zentralnervensystems. *Fischer, E. und von Mering*, Über Proponal, ein Homologes des Veronal. *Blake, Edward*, General Antisepsis in the Treatment of Neuropsychosis. *Alexander*, A note on Veronal as an Hypnotic and Sedative in Mental Affections. *Steen*, Mental Disease with Exophtalmic Goitre. *McConaghey*, Adolescent Insanity: A Protest against the Use of the Term „Dementia praecox“. *Gudden, H.*, Die physiologische und pathologische Schlaftrunkenheit. *Frenkel-Heiden*, Zur Kenntnis der Psychosen nach Erysipel. *Fuhrmann, M.*, Über akute juvenile Verblödung. *Pollitz*, Einzelhaft und Geistesstörung. *Podestà*, Häufigkeit und Ursachen seelischer Erkrankungen in der deutschen Marine unter Vergleich mit der Statistik der Armee. *Dobrschansky, M.*, Seekrankheit als Ursache akuter Geistesstörung. *Würth*, Über Trichophytie und andere Nebenwirkungen der Dauerbäder. *Tetzner, R.*, Tod durch gehäufte Krampfanfälle bei Katatonie. *Foerster, R.*, Über perkutane Wirkung eines Schlafmittels (Isopral). *Wassermeyer*, Beitrag zur Wirkung des Schlafmittels Isopral. *Weifenbach*, Über Neuronal und seine Brauchbarkeit in der Irrenanstalt. *Klieneberger, L.*, Über Veronal. *Weber, W.*, Über posttraumatische Psychosen. *Donath, J.*, Zur Psychopathologie der sexuellen Perversionen. *Lichtheim*, Über Kleinhirnzysten. *Kleist, K.*, Über Leitungsaphasie. *Lewandowsky, M.*, Fall von Ponsherd. *Gierlich*, Über periodische Paranoia und die Entstehung der paranoischen Wahnideen. *Raebiger, A.*, Zur Kasuistik der Nervenkrankheiten nach elektrischem Trauma. *Higier, H.*, Zur Wirkung des Hyoscins in der neurologisch-psychiatrischen Praxis. *Steiner, G.*, Zur Ätiologie der Dementia praecox. *Weygandt*, Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien. *D'Allonnes et Juquelier*, Délire de persécution à trois. *Hartenberg*, La détresse des Psychasthéniques. *Sérieux et Alignot*, Cas d'amnésie rétro-antérograde consecutive à la pendaison. *Bleibtreu, C.*, Erfahrungen über die Anwendung des Neuronal. *Bresler*, Neuronal. *Mohr, Fr.*, Zur Behandlung der Aphasie, mit besonderer Berücksichtigung des Agrammatismus. *Schmaltz*, Über familiären Tremor. *Flatau, G.*, Über die Rückbildung der Stauungspapille bei Hirntumor. *Bornstein, M.*, Tabes dorsalis und Psychose. *Schott, A.*, Klinischer Beitrag zur Lehre von der Dementia praecox. *Kräpelin*. *Auerbach, S.*, Traumatische Neurose und Sprachstörung. *Boege*, Ein Fall von *Cysticercus racemosus* des Gehirns und

Rückenmarkes. *Alter, W.*, Zur Kasuistik über das Veronal. *L'Hoest*, Über Veronal. *Rottenstein, S.*, Ein schwerer Fall von Tetanus. *Maas, K.*, Ein Fall von Lyssa humana. *Weyrauch, W.*, Über Chorea chronica progressiva. *Siefert*, Ein Beitrag zur Paranoiafrage. *Raecke*, Zur Abgrenzung der chronischen Alkoholparanoia. *Vorkastner, W.*, Über pseudomelancholische Zustände. *Perusini*, Über einen Fall von Sclerosis tuberosa hypertrophica. *Istioatipia corticale disseminata* von *Pellizzi*. *Barret, Albert M.*, A study of mental diseases associated with cerebral Arterio-Sclerosis. *Colin*, Les aliénés difficiles. *Vaschide, N.* et *Cl. Vurpar*, Recherches expérimentales sur la mort dans un cas d'hémiplégie. *Piéron, H.*, De l'influence des émotions sur le langage. *McDonald, William*, The present status of paranoia. *Miller, Harry, W.*, Korsakoffs psychosis. *Meyer, Adolf*, The anatomical facts and clinical varieties of traumatic insanity. *Buchanan, J. M.*, The treatment of the morphine habit by hyoscine. *Coriat, Isador, H.*, The chemical findings in the cerebro-spinal fluid and central nervous system in various mental diseases. *Berry, Walter D.*, Intracranial Psammo-sarcoma without paralysis. *Green, M. E.*, A sarcoma of the orbital periosteum: Report of a case. *Pactet*, La folie dans les prisons. *Näcke*, Wahnideen und Irrtum. *Channing, Walter* and *Wissler, Clark*, Comparative Measurements of the hard palate in normal and feeble-minded individuals. A preliminary report. *Farrar, Clarence B.*, Cytodagnosis in Psychiatry. *Hurd, Arthur W.*, Korsakoffs Psychosis Report of cases. *Toulouse et Damaye*, Hérité et éducation dans la genèse des maladies mentales. *Marandon de Montyel*, Predisposition et causes directes en étiologie mentale. *Koennicke, Ernst*, Über das Wesen der Osteomalacie und seine therapeutischen Konsequenzen. *Saint-Paul*, Le langage intérieur et les paraphasies. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. *Petrén, A.*, Eine Analyse von ca. 800 Fällen chronischer Geisteskrankheit nebst einer kritischen Prüfung der in Schweden offiziellen psychiatrischen Nomenklatur. *Petrén, Alfred*, Studier öfver Paranoia querulans. *Moll, A.*, Über Psychotherapie in der Praxis, mit besonderer Berücksichtigung der Wachsuggestion. *Fausser*, Zur allgemeinen Psychopathologie der Zwangsvorstellungen und verwandten Symptome. *Flatau, Georg*, Berlin, Über einen neuen Gymnastikapparat und seine Verwendbarkeit bei Behandlung von Nervenleiden. *Mittelhäuser, E.*, Apolda, Unfall und Nervenkrankung. *Heilbronner*, Geistesstörung im unmittelbaren Anschluß an Hirnerschütterung. *Damaye*, Obsessions zoophobiques et idées de persécution chez deux sœurs. *Cerletti-Perusini*, Sopra due case famigliari di atassia cerebello-spinale (tipo *Friedreich*?) presentanti alcune rare particolarità. *Ferrarini*, Demenza precoce paranoide. *Ferrarini*, Paranoia o Demenza paranoide? *Pighini e Paoli*, Di una speciale forma del globulo rosso nella demenza precoce. *Garbini*, Tumore della fossa posteriore del cranio. *Tomasini*, Le psicosi nell' esercito e la istituzione di manicomii da campo. *Angiolella*, Sulle allucinazioni e sulle psicosi allucinatorie. *Pighini*, Contribuzione allo studio della demenza precoce. *Cotton*, Unsoundness and mental disease in a local prison. *Townsend*, Mental depression and melancholia considered in regard to auto-intoxication, with special reference to the presence of Indoxyl in the urine and its clinical significance. *Cole*, Clinical observations on Korsakoffs Psychosis. *Andriezen*, The problem of heredity, with special reference to the pre-embryonic life. *Soca*, Sobre la hemiplejia dolorosa de origen central. *Alexander*, A note on Veronal as a hypnotic and sedative in mental affections. *Bond*, A plea for the closer study of the body-weight and its relation to mental disease. *Norman*, Modern witchcraft: a study of a phase of paranoia. *Steen*, Mental disease with exophthalmic goitre. *Bolton*, Amentia and dementia: A clinico-pathological study. *Cole*, A contribution to the study of disorders of visual association

an insanity. *Weatherley*, The natural characteristics and temperaments of our patients and how they help or handicap us in our treatment. *McConaghey*, Adolescent insanity, a protest against the use of the term: „Dementia praecox.“ *Rau*, The relation of mental symptoms to bodily disease, with special reference to their treatment outside lunatic asylums. *Raymond*, Clinique des maladies du Système Nerveux. *Sachs*, Dementia praecox. *Peterson*, A case of exophthalmic goiter associated with scleroderma and alopecia. *Pick*, A., Über einen weiteren Symptomenkomplex im Rahmen der Dementia senilis, bedingt durch umschriebene stärkere Hirnatrophie (gemischte Apraxie). *Masoin*, *Paul*, Epileptiform attacks during the course of Dementia praecox. *Bliss*, Epidemic multiple neuritis of obscure origin. *D'Orsay*, *Hecht*, A study of dementia praecox.

7. Paralyse und syphilitische Psychosen. Ref.: Schlüter-

Gehlsheim Seite 163*

Naka, *Kinichi*, Rückenmarksbefunde bei progressiver Paralyse und ihre Bedeutung für das Zustandekommen der reflektorischen Pupillenstarre. *Reinhold*, Über Dementia paralytica nach Unfall. *Hudovernig* und *Guszmann*, Über die Beziehungen der tertiären Syphilis zur Tabes dorsalis und Paralysis progressiva. *Fischer*, Über die syphilogenen Erkrankungen des zentralen Nervensystems und über die Frage der „Syphilis à virus nerveux“. *Nonne*, Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der anatomischen Grundlage der „syphilitischen Spinalparalyse“. *Mendel*, Zur Paralyse-Tabes-Syphilisfrage. *Vogt* und *Frank*, Über jugendliche Paralyse. *Kornfeld*-Gleiwitz, Traumatische Geistesstörung. Idiopathische allgemeine Paralyse? Alkoholische Pseudoparalyse? *Feilchenfeld*-Berlin, Die Unterschrift der Paralytiker. Aus der Praxis der Lebensversicherung. *Mönkemöller*, Zum Kapitel der konjugalen Paralyse. *Fabinyi*, Über die syphilitischen Erkrankungen der Basilararterien des Gehirns. *Draeseke*-Hamburg, Progressive Paralyse und Chorea. *Gieseler*, Paralyse und Trauma. *Fry*, *F. R.*, Two cases of syphilitic disease of the cervical spine. *Marie et Pelletier*, *Madeleine*, Le mal perforant dans la paralysie générale. *Knauer*, *G.*, Progressive Paralyse? *Titius*, Über eine eigenartige Form der jugendlichen Paralyse. *Näcke*, Syphilis und Dementia paralytica in Bosnien. *Marie*, Paralysie générale et syphilis chez les arabes. *Roemheld*, Über den *Korsakoff*schen Symptomenkomplex bei Hirnlues. *Holden*, *W. A.*, Early ocular signs of Dementia paralytica. *Vupras*, *Cl.*, L'étiologie de la paralysie générale d'après les discussions de l'Académie de Med. et les nouvelles recherches sur la syphilis expérimentale. *Marchand*, *L.*, Du rôle étiologique de la syphilis dans les psychoses. *Damaye*, *Henri*, Tentative homicide commise par une paralytique générale avec tendances mélancoliques. *Shepherd* *Ivory* *Franz*, The reeducation of an aphasic. *Cotton*, *Henry A.*, A contribution to the study of the relation of general paralysis and tabes dorsalis. *Marie et Pelletier*, Le mal perforant dans la paralysie générale. *Vigouroux*, Les escars dans la paralysie générale. *Middlemass*, A case of developmental general paralysis. *Baird*, Statistical observations on general paralysis. *Graham*, A case of general paralysis of the insane, with syphilitic meningomyelitis.

8. Epilepsie und Hysterie Seite 174*

Kinberg, *O.*, Om den metatrophiska behandlingarna af epilepsi. *Eulenburg*, *A.*, Die Hysterie des Kindes. *Mörchen*, Epileptische Bewußtseinsveränderungen von ungewöhnlicher Dauer und forensischen Folgen. *Ehrcke*, *H.*, Über Bromaignon und Peptobromeignon in der Behandlung der Epilepsie.

Bruck, C., Zur Kasuistik der hysterischen Schlafzustände. *Alt, K.*, Die Bekämpfung des Status epilepticus. *Dölger, R.*, Hysterische rechtsseitige Taubheit mit gleichseitiger Hyperästhesie des äußeren Ohres. *Flatau, G.*, Über einen Fall von traumatischer Hysterie mit ungewöhnlicher Häufung von Symptomen. *Böhmg, H.*, Hysterische Unfallerkkrankungen bei Telephonistinnen. *Gallus*, Behandlung der Epilepsie nach *Ceni*. *Remninger*-Uchtsprünge. Einiges über Lithium carbonicum bei Epilepsie. *Tetzner*, Ein Fall von doppelseitiger hysterischer Nackenmuskelkontraktur. *Rowe Jeremy*, A case of Pseudangina Pectoris in an Epileptic. *F. Savary Pearce and L. N. Boston*, The blood in epilepsy: Experiments an animals. *Ircin H. Neff*, A case of myoclonus epilepsy. *Binswanger*, Hysterie. *Rosanoff, A. J.*, The diet in epilepsy. *Wherry, J. W.*, The curability of epilepsy. *Brush, A. C.*, Traumatic epilepsy in its medico-legal relations. *Graves, W. W.*, Anesthesia associated with hyperalgesia sharply confined to areola-nipple area of both breasts: A new and apparently constant stigma in hysteria. *Punton, J.*, Mysophobia. *Schwab*, Psychasthenia, its clinieal entity illustrated by a case (Preliminary note).

9. Alkoholismus und toxische Psychosen. Ref.: Peretti-

Grafenberg Seite 185*

Laehr, Max, Alkoholismus und Nervosität. *Laquer*, Trunksucht und Temperenz in den Vereinigten Staaten. *Stoll*, Alkohol und Kaffee in ihrer Wirkung auf Herzleiden und nervöse Störungen. *Kielholz*, Die Alkoholiker der Pflgeanstalt Rheinau. *Schröder*, Über chronische Alkoholpsychosen. *Raecke*, Zur Abgrenzung der chronischen Alkoholparanoia. *Stegmann*, Erfahrungen bei der Suggestivbehandlung von Alkoholkranken. *Gudden*, Das Bierdelirium. *Reichardt*, Zur Symptomatologie des Delirium tremens. *Gimbal*, Observation d'une dipsomanie. *Pick*, Psychology of a particular form of pathological intoxication. *Lorenzi*, Il Suicidio negli Alcololisti. *Pelz*, Ein Beitrag zum Codefnismus. *Kreß*, Veronalismus. *Halberstadt et Charpentier*, Troubles psychiques d'origine probablement sulfo-carbonée. *Cerletti*, Considerazioni sulla patogenesi di alcune psicosi tossiche a proposito di un caso di psichosi cloralica.

10. Idiotie und Kretinismus. Seite 191*

Burnet, James, A case of amaurotic family idiocy. *De Sanctis*, Gli Infantilismi. *Fennell*, Mongolian imbecility. *Nolan*, Clinical and pathological notes.

11. Anstaltswesen. Ref.: Hans Schroeder-Lüneburg Seite 192*

Burger, Erwin, Dr., Die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten in den größeren deutschen Staaten. *Diem, Otto, Dr. med.* in Herisau, Die psycho-neurotische erbliche Belastung der Geistesgesunden und der Geisteskranken. Bericht der Westpreußischen Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt pro 1904. Bericht der Westpreußischen Provinzial-Irrenanstalt zu Schwetz pro 1904. Bericht der Irren- und Idiotenanstalt Dalldorf-Berlin. Bericht der Irrenanstalt Herzberge bei Lichtenberg-Berlin. Bericht der Anstalt für Epileptische Wuhlgarten-Berlin. Bericht der Heilstätte für Nervenkranken „Haus Schönow“ in Zehlendorf bei Berlin pro 1904. Bericht der Landes-Irrenanstalt zu Eberswalde pro 1904. Allgemeines Programm für die Einrichtung einer neuen Brandenburgischen Landes-Irrenanstalt bei Teupitz. VII. Bericht über die Pommersche Provinzial-Irrenanstalt zu Lauenburg i. P. 1889—1904. Bericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Dziekanka pro 1904/05. Bericht der Provinzial-

Irren- und Idiotenanstalt zu Kosten pro 1904/05. Bericht der Provinzial-Irrenanstalt Owinsk pro 1904/05. Bericht der Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde 1904/05. Bericht des städtischen Irrenhauses zu Breslau pro 1904/05. Bericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Brieg pro 1904/05. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bunzlau pro 1904/05. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Freiburg in Schlesien pro 1904/05. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Leubus in Schlesien pro 1904/05. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Rybnik in Schlesien pro 1904/05. 28. und 29. Verwaltungsbericht der Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu Rittergut Altscherbitz pro 1902/03 und 1903/04. Bericht über das 84. Verwaltungsjahr der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt bei Schleswig 1904. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen pro 1904/05. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim pro 1904/05. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüneburg pro 1904/05. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Osnabrück pro 1904. Bericht der Provinzial-Heilanstalt Marsberg i. W. pro 1904. Bericht der Provinzial-Heilanstalt Lengerich i. W. pro 1904. Bericht der Provinzial-Heilanstalt Münster i. W. pro 1904. Bericht der Provinzial-Heilanstalt Aplerbeck i. W. Bericht der Provinzial-Pflegeanstalt Eickelborn pro 1904. Bericht der Irren-Heil- und Pflegeanstalt Weilmünster 1904/05. Bericht der Heil- und Pflegeanstalt Eichberg im Rheingau 1904/05. Bericht über die 6 Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten der Rheinprovinz. Bericht der Kreisirrenanstalt Ansbach pro 1904. Bericht der Lokalirrenanstalt St. Getreu zu Bamberg pro 1902/04. Bericht der Kreisirrenanstalt Bayreuth pro 1904. Bericht der Kreisirrenanstalt München pro 1904. Die Königliche Psychiatrische Klinik in München. I. Festrede zur Eröffnung der Klinik am 7. November 1904 von Prof. Dr. *Émil Kraepelin*. II. Baubeschreibung der Klinik von *Heilmann* und *Littmann*. Zweiter Bericht aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von Professor *Rieger*. Festschrift zu der Feier des fünfzigjährigen Bestehens der unterfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Werneck (1855/1905), dargebracht von der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1903. Bericht der in Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische. 1903. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen pro 1904. Jahresbericht der psychiatrischen Klinik Freiburg i. B. 1904. Jahresbericht der Universitäts-Irrenklinik Heidelberg 1904. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Illenau 1904. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim 1904. Bericht der Irren-Heil- und Pflegeanstalt Sachsenberg bei Schwerin i. M. pro 1904. Bericht der Irren-Heil- und Pflegeanstalt Gehlsheim bei Rostock i. M. pro 1904. Bericht des Genesungshauses zu Roda pro 1904. Bericht der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg pro 1904. Bericht der Irrenanstalt Langenhorn. Bericht des St. Jürgen-Asyls in Ellen (Bremen) 1904. Bericht der Privat-Heil- und Pflegeanstalt Rockwinkel (Stat. Oberneuland) bei Bremen pro 1904. Bericht über die Irrenanstalt zu Lübeck 1. April 1899 bis 31. März 1904. Bericht der Bezirks-Irrenanstalt Stephansfeld-Hördt pro 1904/05. Bericht der Bezirks-Irrenanstalt bei Saargemünd pro 1904. Bericht der oberösterreichischen Landesirrenanstalt Niedernhart pro 1904. Bericht des Landes-ausschusses des Erzherzogtums Österreich u. d. Enns. Wohlfahrtsangelegenheiten. 1. Juli 1903 bis 30. Juni 1904. Landesirrenanstalt Wien. Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling. Landes-Pflegeanstalt Ybbs unter Oberleitung von Mauer-Öhling. Landes-Irrenanstalt Klosterneuburg. Landes-Irrenanstalt Kierling-Gugging. Bericht der mährischen Landesirrenanstalt in Brünn pro 1904. Bericht der Landes-Irren-Heil- und Pflegeanstalt Feldhof bei Graz nebst den Filialen Lankowitz, Kainbach, Hartberg pro 1903. Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg. Das Irrenwesen

~~12. November 1940~~ 12. November 1940
Der Herr Reichsaussenminister hat mir mitgeteilt, dass er am 12. November 1940 den Herrn Reichsaussenminister in Berlin zu einem Gespräch über die Lage der deutschen Außenpolitik eingeladen hat. Der Herr Reichsaussenminister hat mir mitgeteilt, dass er am 12. November 1940 den Herrn Reichsaussenminister in Berlin zu einem Gespräch über die Lage der deutschen Außenpolitik eingeladen hat.

Ungarns im Jahre 1904. Bericht über die Zürcherische kantonale Irrenanstalt Burghölzli pro 1904. Bericht der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt pro 1904. Jahresberichte der bernischen kantonalen Irrenanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay pro 1904. 47. Bericht der Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg pro 1904. Bericht der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden (Aargau) pro 1904. 13. Bericht des kantonalen Asyls in Wil pro 1904. 13. Bericht der kantonalen Irren- und Krankenanstalt Waldhaus pro 1904. Bericht der evangelischen Heilanstalt für Frauen „Sonnenhalde“ bei Riehen. Bericht der Privatheilanstalt Friedheim-Zihlschlacht (Thurgau) 1903/04. Psychiatrische Streifzüge durch Paris von Privatdozent Dr. R. Förster in Bonn. La réforme des asiles d'aliénés, l'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie, en Suisse et en Belgique par le docteur *Jul. Morel*, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de l'Etat à Mons-Gand. Forty-seventh annual report of the general board of commissioners in Lunacy for Scotland. Fifth annual report of the Manhattan State Hospital, at New York pro 1904. *Sérieux, Paul*, Les asiles spéciaux pour les condamnés aliénés et les psychopathes dangereux. *Chotzen*, Eine Beschäftigung für überwachungsbedürftige Kranke. *Marie*, La tuberculose dans les asiles d'aliénés. *D'Orma*, La pazzia nella provincia di Ferrara. *Ravex*, A short history of St. Luke's Hospital. *Boyle*, Some points in the early treatment of mental and nervous cases (with special reference to the poor). *Rhodes*, The Provision of suitable accomodation for the various forms of insanity. *Menzies*, Some points connected with tuberculosis in asylums.

12. Statistik. Ref.: Tigges-Düsseldorf Seite 236*

Der 57. Jahresbericht der englischen Commissioners in Lunacy, Juni 1903. 45. Jahresbericht des General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland, 1903. Der 52. Bericht der Inspektoren of Lunatics (Ireland) für das Jahr bis 31. Dezember 1902. Der 58. Bericht der englischen Commissioners in Lunacy, Juni 1904. 46. Jahresbericht des General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland, 1904. 53. Bericht of the Inspectors of Lunatics (Ireland), für das Jahr mit dem Ende 31. Dez. 1903. *Grunau-Elbing*, Über Frequenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in den öffentlichen preußischen Irrenanstalten von 1875 bis 1900.

NB887



